

# Rehabilitering i sykehjem

*en kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer og en diskusjon  
av individuelt intervju og fokusgruppeintervju som  
datainnsamlingsmetode.*

**Turid Mood**



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

4. oktober 2009





UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn: Turid Mood</b>	<b>Dato: 30.09.2009</b>
<b>Tittel og undertittel:</b> <b>Rehabilitering i sykehjem – en kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer og en diskusjon av individuelt intervju og fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode.</b>	
<u>Sammendrag:</u> Masteroppgaven består av to deler; en artikkel og en refleksjonsoppgave.  <u>Formål:</u> Artikkel: Studiens hensikt er å beskrive sykepleieres rolle og erfaringer i sykehjemmenes korttids- og rehabiliteringsavdelinger. Refleksjonsoppgave: Belyse valg av fokusgruppeintervju kontra individuelt intervju som datainnsamlingsmetode i egen studie.  <u>Litteraturgjennomgang:</u> Artikkel: Det er lite forskning som viser hvordan rehabilitering i korttidsavdelingene på sykehjem fungerer. Litteraturgjennomgangen synliggjør behov for mer kunnskap om sykepleieres rolle og erfaringer. Refleksjonsoppgave: For å beskrive erfaringer og holdninger er både fokusgruppeintervju og individuelt intervju hensiktsmessig. Det er lite litteratur som sammenligner de to datainnsamlingsmetodene.  <u>Metode:</u> Studien har et kvalitativt beskrivende design. Fokusgruppeintervju ble brukt som datainnsamlingsmetode og totalt 14 sykepleiere fordelt på tre fokusgruppeintervjuer deltok. Innholdsanalyse er styrende for analysen av data.  <u>Resultater:</u> Artikkelen: Data synliggjør flere funksjoner i sykepleierrollen: En direkte terapeutisk rolle og en indirekte sykepleierrolle. Samtidig peker sykepleierne på dilemma som følge av rammevilkår. Refleksjonsoppgaven: Både individuelt intervju og fokusgruppeintervju kunne blitt brukt som datainnsamlingsmetode i studien, men ville medført forskjellige muligheter og begrensninger.  <u>Konklusjon:</u> Artikkel: Sykepleiernes hverdag preges i stor grad av oppgaver som ikke har noen direkte terapeutisk funksjon. Rammevilkårene forårsaker mange dilemma i møtet med hver enkelt pasient og på et organisatorisk nivå. Refleksjonsoppgaven: Valget av fokusgruppe som metode var hensiktsmessig uten at det betyr at valg av individuelt intervju ville vært feil. Interaksjonen i gruppene bidro til bredde og variasjon i refleksjonene til sykepleierne i studien, men individuelt intervju kunne gitt andre data fordi premissene er annerledes.	
<b>Nøkkelord:</b> Sykehjem, sykepleierrolle, rehabilitering, fokusgruppe intervju, dilemma	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Turid Mood	<b>Date:</b> 30.09.2009
<b>Title and subtitle:</b> <b>Rehabilitation in nursing homes - a qualitative study of nurses' experiences and a discussion of individual interview and focus group interview as data collection methods.</b>	
<u>Abstract:</u> The thesis consists of two parts: an article and an essay.	
<u>Purpose:</u> The Article: The purpose of the study is to describe the nurses' role and their experiences in the short-term and rehabilitation wards in nursing homes. The Essay: To illuminate the focus group interview as the preferred method for data collection in my study	
<u>Literature Review:</u> The Article: There is little research focusing on short-term rehabilitation wards in nursing homes. The literature review indicates that there is little research-based knowledge about registered nurses' role and about their experiences. The Essay: In order to describe people's experiences and attitudes both focus group interviews and individual interviews are appropriate. Literature comparing the two data collection methods is scarce.	
<u>Method:</u> The study has a qualitative descriptive design. Three focus group interviews with a total of 14 nurses were conducted for data collection. Content analysis was then utilized to analyse the data.	
<u>Results:</u> In the article the multiple functions in the nursing role are shown through the discussions of the findings: The nurses describe a direct therapeutic role as well as an indirect nursing role. In addition, the nurses in this study report that they daily find themselves in difficult dilemmas arising from economical and organizational conditions. The Essay: Both individual interviews and focus group interviews would have been appropriate as data collection methods in the study, but would have offered different opportunities and limitations.	
<u>Conclusion:</u> The Article: The nurses' daily working life is characterized largely by tasks that have no direct therapeutic function. The economical and organizational conditions cause many dilemmas, both in relation to the direct patient care and on an organizational level. The Essay: The selection of focus groups interviews to collect data was appropriate. This does not necessarily mean that selecting individual interviews would have been inappropriate. The interaction of the group members contributed to the depth and diversity in the nurses' reflections in this study. However, since the methods are different individual interviews could have yielded different data.	
<b>Key words:</b> Nursing homes, nursing role, rehabilitation, focus group interview, dilemma	

## Forord

En lang prosess på drøyt tre år er snart over. Masteroppgaven er ferdig og klar til levering. I den forbindelse er det veldig mange jeg ønsker å takke for bidrag underveis.

Aller først til de sykepleierne og institusjonene som deltok og som gjorde det mulig for meg å gjennomføre studien. Takk for at dere satte av tid og at dere delte deres erfaringer med meg.

Så til Ådel Bergland førsteamanuensis ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, som på en svært tålmodig måte har gitt meg faglig veiledning, gode innspill og nyttige råd på veien. Forståelse, tålmodighet, men også klare forventninger som gjorde at jeg i dag sitter med en ferdig oppgave.

Så til Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo og rehabiliteringssenter. Tusen takk til alle tålmodige medarbeidere og kolleger på post 2, mine ledere og en inspirerende FoU avdeling som både har bistått i praktisk gjennomføring og økonomisk, men også gitt en uvurderlig støtte i opp og nedturer og vært en flott heiagjeng.

Så til alle dere andre: Ellen for diskusjoner og samtaler underveis i disse tre årene, Eva og Helene for bidrag i siste innspurt og gode venner og familie som har støttet meg i prosessen. Takk skal dere ha.

Sist, men ikke minst til min flotte familie: Gina, Daniel og Edvard. Uten deres tålmodighet og kjærighet; ingen oppgave.

# Innhold samlet oppgave

## Del 1: Artikkel

Abstract .....	1
Bakgrunn.....	2
Litteraturgjennomgang.....	2
Sykepleierrollen .....	2
Effekt av rehabilitering og trening på sykehjemmet.....	4
Sykehjem som arena for rehabilitering.....	4
Problemstilling.....	5
Design og metode.....	5
Rekruttering og utvalg.....	5
Datainnsamling.....	6
Dataanalyse.....	7
Ethiske overveielser.....	8
Funn.....	9
Den terapeutiske sykepleierfunksjonen.....	9
Indirekte sykepleierfunksjon.....	10
Dilemma.....	11
Diskusjon.....	12
Studiens begrensninger.....	15
Konklusjon.....	15
Implikasjoner for praksis.....	16
Implikasjoner for videre forskning.....	16
Referanseliste.....	17

**Vedlegg nr 1:** Forfatter veileder Vård i Norden

## Del 2: Refleksjonsoppgave

1 Innledning .....	3
2 Presentasjon av metodene og bakgrunn for valg av metode.....	5
2.1 Individuelt intervju.....	8
2.2 Fokusgruppe.....	12
3 Muligheter og begrensninger.....	16
3.1 Datainnsamlingsmetodenes mulighet for rike data og datatroverdighet.....	16
3.1.1 Utvalg.....	17
3.1.2 Fortell forskeren hva forskeren vil høre.....	18
3.1.3 Struktur.....	19
3.1.4 Gruppepress og kunnskapstest.....	21
3.1.5 Leder og medarbeidere.....	22
3.2 Metodenes egnethet i forhold til forskningsfelt og forsker.....	23
4 Ethiske refleksjoner.....	26
5 Refleksjoner omkring egen rolle.....	28
6 Oppsummering.....	31
Referanseliste.....	33

**Vedlegg nr 2:** Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

**Vedlegg nr 3:** Informasjonsskriv institusjonssjefer

**Vedlegg nr 4:** Informasjonsskriv sykepleiere

**Vedlegg nr 5:** Taushetsplikt medhjelper

**Vedlegg nr 6:** Temaguide

**Tabell I:** Eksempel på analyseprosessen, meningsenheter. Artikkel side.....7

**Tabell II:** Eksempel på analyseprosessen, kategorier. Artikkel side.....8

# Rehabilitering i sykehjem

*En kvalitativ studie av sykepleieres rolle og erfaringer*

**Masteroppgavens del 1: Artikkel**



## **Rehabilitering i sykehjem – En kvalitativ studie av sykepleieres rolle og erfaringer.**

## **Rehabilitation in nursing homes – A qualitative study of role and experiences of registered nurses.**

### **Abstract:**

Aim: The purpose of this article is to elucidate experiences of registered nurses working with rehabilitation in nursing homes and their awareness of the nursing role.

Background: The Municipal Health Service Act places the responsibility for medical rehabilitation on the municipalities. For older patients in need of institutional rehabilitation following a hospital stay, a short-term stay in a nursing home is one of the options.

Method: This article is based on a qualitative study, which took place in autumn 2007 - spring 2008. The method used for data collection was focus group interviews with altogether 14 nurses, divided into three groups. The chosen method used for analysing the data was content analysis.

Findings: The nurses in the study define several functions in their role: They discuss areas in connection with a specific therapeutic role and they also discuss an indirect role. They identify dilemmas associated with economical and organizational conditions on several levels in the municipal health services.

Conclusion: In correspondence with other research findings the nurses use much of their time on tasks that do not have a therapeutic purpose, and that triggers many dilemmas in their everyday life.



Keywords: Nursing homes, nursing role, rehabilitation, focusgroup interview, dilemma

## **Bakgrunn**

Kommunehelsetjenesteloven (1) gir kommunene ansvaret for medisinsk rehabilitering. For eldre pasienter med behov for rehabilitering i institusjon etter et sykehusopphold er korttidsopphold på sykehjemmet ett av alternativene (2). Sykehjemmenes korttidsavdelinger er preget av pasienter med stor funksjonssvikt, mange forskjellige sykdommer, høy alder og høy grad av skrøpelighet. Pasientene har svært ulike behov og tilbys forskjellige tjenester. Uklare oppfatninger om hva den enkelte tjenesten innebærer er en medvirkende årsak til at korttidsplassene brukes til rehabilitering og behandling, vurdering og terminal pleie, men også til avklaring av behov hos personer med demens, avlastningsplasser og venteplasser for pasienter med innvilget vedtak på langtids plass (3).

## **Litteraturgjennomgang**

Rehabilitering er en prosess hvor pasienten assisteres av fagpersoner for at pasienten skal oppnå best mulig funksjon og mestringsevne (4). Pasienten er hovedpersonen og motivasjon er helt avgjørende for rehabiliteringspotensial og effekt av rehabiliteringsoppholdet (5;6).

## **Sykepleierrollen**

Rolle forstås i studien som et overordnet begrep som inkluderer ulike funksjoner hos sykepleierne. Sykepleiere regnes som vesentlige for rehabilitering av eldre pasienter (7) og tilstedeværelsen døgnet rundt er vesentlig for mestring og fremgang hos pasientene. Sykepleiere har mulighet til å gi emosjonell støtte når pasienten trenger det uansett tidspunkt (8;9).

Pasientkontakten sykepleiere har gjennom døgnet fordrer at sykepleieren er bevisst koordinering og informasjonsformidling til kolleger. Sykepleiere erkjenner ofte en

koordinerende funksjon, men erkjenner ikke funksjonen som en selvstendig og terapeutisk del av rehabiliteringen (10;11). En studie fra Danmark med sykepleiere i sykehus viser at sykepleieren sees på og ser seg selv som omsorgsgiver og den som legger til rette for rehabilitering som primært gjøres av andre (12). Sykepleiere gir pleie og omsorg for å opprettholde funksjonsnivå og unngå komplikasjoner. Denne funksjon hos sykepleierne er identifisert som en vedlikeholdsrolle, men ikke vektlagt som del av rehabiliteringen (13). Kirkevold har gjennomført en studie i slagavdelinger i sykehus hvor hun belyser de direkte konsekvensene sykepleiernes intervensjoner har for utfallet av rehabilitering (10). Hun synliggjør at sykepleiere ikke bare har en rolle som er underlagt andre deltagers mer fremtredende rolle i rehabilitering. Hun har beskrevet følgende fire funksjoner i sin studie; tolkende, trøstende, bevarende og integrerende.

Tolkende funksjon: Sykepleieren har i egenskap av sin kontakt med pasienten og hans eller hennes pårørende 24 timer i døgnet og 7 dager i uken en unik mulighet til å hjelpe pasienten og pårørende til å forstå konsekvensene av et slag og til å omdefinere sin livssituasjon (10). Informasjon fra sykepleierne om behandling og rehabilitering, begrensninger og muligheter i dagliglivet hjelper pasienten til å sette realistiske mål og fremmer motivasjon og håp om bedring.

Trøstende funksjon: Denne funksjonen er tett knyttet til den tolkende funksjonen, men mer rettet inn mot gjensidig tillit mellom pasient og behandler for å legge til rette for normal sorgprosess (10).

Bevarende funksjon: Denne funksjonen er preget av usynlighet og selvfølgelighet på grunn av sitt ”manglende” resultat som er at komplikasjoner ikke forekommer og ferdigheter opprettholdes (10). Funksjonen inkluderer ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov.

Integrerende funksjon: Sykepleieren hjelper pasient og pårørende til å oversette det pasienten har trent på i treningsrommet til en praktisk hverdag hvor trening ikke lenger er det primære fokuset og hvor rammene ikke er spesialisert og lagt til rette (10).

Sykepleierrollen i rehabilitering defineres som uklar og utydelig, men det er vist at rolleforståelsen er sterkere og klarere i spesialiserte enheter enn i enheter hvor rehabilitering bare er ett av flere tilbud (11).

### **Effekt av rehabilitering og trening på sykehjemmet**

Rehabiliteringsopphold på sykehjem har effekt og funksjonsevnene bedres for pasientgruppen sett under ett (14;15). Fysisk trening for pasienter med mange og sammensatte sykdommer og store funksjonsvansker har effekt selv i små porsjoner (16). Det er nødvendig med et utstrakt samarbeid mellom de forskjellige tjenestutøverne i kommunehelsetjenesten både før og etter innleggelse i sykehjemmet.

Studier peker på behovet for spesialisering av avdelingene, tverrfaglig drift og et rehabiliterende miljø (2;11;17;18).

### **Sykehjem som arena for rehabilitering**

Sykepleierne har hovedansvaret for den sykepleiefaglige kvaliteten i det daglige arbeidet med hver enkelt pasient på sykehjemmene. Da andelen ufaglærte kan være stor spesielt på kveld og helg utøver sykepleierne pleie, omsorg, rehabilitering og behandling også gjennom andre som har varierende kunnskap. Mangel på sykepleiere i sykehjem fører til at pasientens rehabilitering tar lenger tid og sykepleierens rolle begrenses av tidspress og det at hun jobber alene (19;20).

Kortidsavdelingene er i varierende grad bemannet med andre enn sykepleiere og hjelpepleiere, som aktivitører, lege, fysio - og ergoterapeuter. Gapet mellom økonomiske

ressurser og mengden oppgaver som skal løses stiger i takt med at det er flere eldre med sammensatte og komplekse behov (21;22).

Utfordringer for personalet som jobber i kortidsavdelinger kan knyttes til forskjellige perspektiv. Ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv forventes det at personalet er lojale mot økonomiske føringer som tilsier at flest mulig bør få nytte av ressursene. På individnivå opplever personalet dilemma som synliggjøres i direkte kontakt med pasienten i forhold til prioritering av pleie, omsorg, behandling eller rehabilitering (22;23). Sykehjemmenes kortidsavdelinger er ikke spesialiserte, men har en stor del av ansvaret for den kommunale rehabiliteringen. Det er lite forskning som viser hvordan rehabilitering i slike avdelinger fungerer. Litteraturgjennomgangen viser at det mangler kunnskap om sykepleieres rolle i kortidsavdelinger. Fra sentralt hold (3;24) og i tidligere studier (9;12;25;26) etterlyses mer forskning i forhold til sykepleierrollen i rehabilitering generelt.

### **Problemstilling**

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen var studiens problemstilling:

Hvordan beskriver sykepleierne sin rolle og hvilke erfaringer har de med rehabilitering av eldre pasienter på sykehjemmenes korttids- og rehabiliteringsavdelinger?

### **Design og metode**

Studien har et kvalitativt beskrivende design hvor fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra sykehjem i Oslo og Akershus ble benyttet for datainnsamling.

### **Rekruttering og utvalg**

Det ble gjort et strategisk utvalg og tre sykehjem som hadde korttids- og rehabiliteringsavdelinger ble valgt. Sykepleiere i slike avdelinger forventes å være de som har mest erfaring knyttet til studiens problemstilling. Alle sykepleierne som jobbet på

sykehjemmenes korttidsavdelinger ble spurt om å delta og inklusjonskriteriet var autorisasjon som sykepleier og stillingsbrøk på 50 prosent eller mer. Totalt ble 14 sykepleiere inkludert. Sykepleierne som deltok var kvinner, hadde stillingsstørrelser som varierte mellom 50 og 100 prosent, hvor hovedvekten var 100 prosent stillinger. Tre sykepleiere hadde jobbet med rehabilitering i andre institusjoner. Erfaring fra nåværende arbeidssted varierte fra 2 til 10 år. Fem av sykepleierne hadde administrative tilleggsfunksjoner.

### **Datainnsamling**

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på det enkelte sykehjem med kolleger som jobbet sammen til daglig. I litteraturen anbefales alt fra 4 til 12 deltagere (27;28). De tre gruppene fordelte seg med 5+5+4 respondenter. Omgivelsene ble trygge når alle deltagerne i gruppene var fra samme miljø og kjente til allerede etablert sjargong og fagspråk (29-31).

Fokusgruppene ble ledet av en moderator, mens jeg som forsker var til stede og observerte. Jeg ønsket velkommen før moderator overtok og informerte om studien og det praktiske rundt intervjuet etterfulgt av en presentasjonsrunde. Moderator stilte deretter åpningsspørsmålet til gruppen: ” Hva tenker dere om rehabilitering i sykehjem og hvilken rolle dere som sykepleiere har i det?”

Fokusgruppemetoden ble valgt blant annet fordi det i litteraturen argumenteres for at gruppemetodikken i et fokusgruppeintervju kan gi data som ikke ville komme frem i individuelle intervju (29;32-34). Vi erfarte at samtalene i gruppene ble dynamiske og utdypet fordi gruppenes medlemmer utfordret hverandre og stilte spørsmål til hverandres utsagn underveis. Noen av disse spørsmålene var av en slik karakter at dersom de var blitt stilt av moderator kunne de blitt opplevd som truende og gjort respondenten ukomfortabel (35;36). En temaguide sikret at beskrivelser av rollen, av gode rehabiliteringsprosesser, av hva som kjennetegnet sykepleiernes bidrag i disse og utfordringer og dilemma i rehabiliteringen ble

diskutert. Den ble benyttet som en sjekkliste for forsker og moderator. Data ble samlet inn i november og desember 2007. Hvert fokusgruppeintervju varte fra 1.5 til 2 timer og det ble brukt elektronisk opptaker.

### **Dataanalyse**

Analysen startet ved slutten av hvert fokusgruppeintervju med moderators oppsummering for gruppen. Det gav også mulighet for meg til å stille oppklarende spørsmål. Opptakene ble lyttet til flere ganger og det resulterte i et førsteinntrykk av materialet. Intervjuene ble transkribert ordrett.

Fokusgruppeintervjuene resulterte i mye tekst, noe som er velegnet for innholdsanalyse (36). I tråd med studiens hensikt var det innholdet i data som var fokus, ikke interaksjon eller sammenligning og det var den totale mengden data som utgjorde analyseenheten. Analysen fortsatte med gjennomlesning av all tekst for å få oversikt over innholdet. Teksten ble så lest på nytt og det ble identifisert setninger og avsnitt som hang sammen gjennom innhold og kontekst. Dette utgjorde meningsenheter slik det beskrives i Graneheim (37). Kondenserte meningsenheter ble kodet med ord og begreper fra tekstmaterialet, se Tabell I.

<b>Tabell I: Eksempel på analyseprosessen</b>		
<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensert meningsenhet</b>	<b>Kode</b>
Det er en del av rehabiliteringa. Fordi hvis pasienten ikke sover om natta er det da pga. smerter eller er det fordi du har angst eller sånne ting også er det hele tida en sirkel. Altså de grunnleggende behova må bli oppfylt for at du skal ha overskudd til å trene og det er ting som..... i og med at pasienter nå ofte har mange diagnoser 3-4-5-6 diagnoser så er det mye som skal følges opp	På grunn av pasientens sammensatte sykdomsbilde er det viktig å se alle symptomer i sammenheng, vurdere og prioritere for å legge til rette for trening og rehabilitering	Se sammenheng

Kodene ble så satt sammen til kategorier, se Tabell II.

<b>Tabell II: Eksempel på analyseprosessen</b>	
<b>Koder</b>	<b>Kategori</b>
Motivasjon Opprettholdelse av pasientens funksjon Se sammenheng Se helhet	Terapeutisk sykepleiefunksjon
Koordinering internt Koordinering mellom nivåene i tjenesten Veiledning av andre	Indirekte sykepleiefunksjon
Tid i forhold til pasientenes behov Prioritering av pasienter Hvordan bruke egen kompetanse	Dilemma

I løpet av denne prosessen ble datamaterialet gjennomlest flere ganger for å sikre at kategoriene var i tråd med den opprinnelige sammenheng teksten stod i. Det var hensiktsmessig å gjennomføre analysen i to faser (38). Første del av analysen hadde en deskriptiv tilnærming hvor data ble kategorisert. I analysens andre del ble kategorien ”terapeutisk sykepleiefunksjon” sett i lys av Kirkevolds funksjonsområder (10). Hennes artikkel presenterer forslag til en teoretisk modell for sykepleieres rolle i rehabilitering med utgangspunkt i en spesialenhet og i litteratur. Hun gir eksempler på hvordan praktiske handlinger kan deles i fire sykepleierfunksjoner med direkte konsekvenser for pasientens rehabiliteringsprosess.

### **Etiske overveielser**

Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS (NSD), men ble vurdert til ikke å være meldepliktig eller konsesjonspliktig. Tillatelser til å gjennomføre studien ved det enkelte sykehjem ble innhentet fra institusjonssjefene etter muntlig og skriftlig informasjon. Rekrutteringen av sykepleierne foregikk ved hjelp av en kontaktperson på hvert sykehjem. Sykepleierne fikk muntlig og skriftlig informasjon om hvordan frivillighet, anonymitet og taushetsplikt ble sikret. Skriftlig informert samtykke som inkluderte tillatelse til å ta opp intervjuene på bånd, ble innhentet før intervjuene ble påbegynt.

## **Funn**

Funnene i studien deles inn i tre kategorier:

- 1) En terapeutisk sykepleierfunksjon som inkluderer beskrivelser av hvordan sykepleierne motiverer pasientene, opprettholder og sikrer pasientens funksjoner og ferdigheter og hvordan de vurderer symptomer og ser sammenheng i pasientens tilstand for å sette vedkommende i stand til å delta i rehabiliteringsprosessen. Den terapeutiske sykepleierfunksjon omfatter funn som påpeker viktigheten av å se pasientens trening og mål i lys av hjemmesituasjon og tilgjengelige ressurser etter utskrivelse fra sykehjemmet.
- 2) Sykepleierne beskrev også en indirekte sykepleierfunksjon som inkluderer koordinering internt på avdelingene, koordinering mellom nivåene i helsetjenesten og veiledning av andre deltagere i pasientens rehabilitering.
- 3) Rammevilkårene oppleves som styrende for hvordan og i hvilken grad sykepleierne utøver sin rolle. Den tredje kategorien funn beskriver sykehjemmet som rehabiliteringsarena og dilemma som oppstår som et resultat av rammevilkårene.

### **Den terapeutiske sykepleierfunksjon**

Sykepleierne pekte på hvordan de har mulighet til ved sin tilstedeværelse 24 timer i døgnet, å støtte pasient og pårørende i en normal sorgprosess og bidra til at pasienten kan se fremover. Motivasjon sees på som en av de viktigste oppgavene sykepleierne har og sykepleierne motiverer gjennom realistisk informasjon, de fremmer håp og fokuserer på pasientens mål. Sykepleierne beskrev hvordan de fortalte de gode historiene til pasientene for å fremme håp; *”andre har klart det før deg”*. Motivasjon av pasienter som i utgangspunktet ikke ønsker rehabilitering oppleves svært utfordrende. Sykepleierne påpekte at manglende vilje hos pasienten påvirker rehabiliteringsprosessen og pasientens forventninger til sykepleiergruppa.



Sykepleierne opplevde seg som vesentlige for ivaretagelse av grunnleggende behov, oppfølging av pasientens medisinske tilstand og det å se pasientens sykdomsbilde og symptomer i sammenheng. De synliggjorde at de er viktige bidragsytere og har spesiell kompetanse når det gjelder medikamenthåndtering, oppfølging av ernæringstilstand og forebygging av komplikasjoner. Enkelte plasserte disse oppgavene utenfor selve rehabiliteringsprosessen, mens de fleste påpekte at slike oppgaver er en forutsetning for rehabiliteringsprosessen.

Sykepleierne synliggjorde hvordan de som yrkesgruppe hvor et helhetlig menneskesyn er innbakt i tradisjon og utdanning, lettere aksepterte at pasienten fokuserte mer på totalopplevelse av mestring og livskvalitet enn tap av en spesifikk funksjon. Sykepleierne opplevde at andre faggrupper var mer opptatt av rehabilitering av enkeltfunksjoner og pekte på viktigheten av at det trenes på ferdigheter pasienten opplever som meningsfylt. Samarbeid med og oppfølging av pårørende for å gjøre dem i stand til å være en støtte for pasienten etter hjemkomst ble beskrevet som en del av sykepleiernes helhetstenkning.

### **Indirekte sykepleierfunksjon**

Denne kategorien handler om hvordan sykepleierne fungerer som koordinatore og hvordan de veileder andre pleiere. Dette er oppgaver sykepleierne mener er nødvendige for daglig drift av avdelingen og som legger til rette for at andre faggrupper kan rehabilitere. Funksjonen innebærer mye kontorarbeid.

*Det å utøve sykepleie, det er ikke direkte pasientorientert. Vi tilbringer mye tid på et vaktrom, i telefon, på pc. Det har blitt mer og mer at vi har andre oppgaver på dagtid enn bare for 3 år siden!*

Sykepleierne opplevde at de er vesentlige for informasjonsutveksling mellom nivåene i tjenesten og internt på sykehjemmet mellom faggruppene som skal samarbeide. De beskrev

funksjonen med ord som ”bindeledd” og ”knutepunkt”, men opplevde ikke disse oppgavene som direkte bidrag til pasientens rehabilitering.

De fleste som er på jobb på aften og i helgene er ufaglærte. Sykepleierne pekte på en direkte sammenheng mellom egen kompetanse og hvordan de veiledet andre. Veiledningen hadde som mål at andre faggrupper skulle se at pasientens generelle helsetilstand hadde innvirkning på rehabiliteringen. Veiledningen var knyttet til rapportsituasjoner, systematiske gruppeopplæringstiltak og konkrete stellesituasjoner.

### **Dilemma**

For at sykepleierne skulle ha mulighet til å utøve sin terapeutiske funksjon pekte de på faktorer knyttet til sykehjemmet som rehabiliteringsarena og rammevilkår som økonomi og organisering. De synliggjorde ulike dilemma som oppstod når rammevilkårene ikke ble oppfylt.

Et dilemma var knyttet til tid. Pasientene fikk for liten tid i forhold til behov og sykepleierne mente det umulig å oppfylle rehabiliteringsvedtaket innenfor tildelt tidsramme. Sykepleierne mente manglende tid var noe av grunnen til at pasienter ble gjengangere på korttidsavdelingene.

*De rekker ikke å bli rehabilitert før de må hjem igjen. Vi har de tilbake etter 3-4 uker.*

Sykepleierne hevdet at begrunnelser på forvaltningsnivå ofte hadde bakgrunn i økonomi og ikke i pasientenes behov. Når sykepleierne beskrev samarbeidet med forvaltningsnivået pekte de på at faglige vurderinger ikke ble vektlagt og de opplevde ikke å bli trodd. Samtidig beskrev sykepleiere hvordan de noen ganger følte behov for å ”gjøre pasienten dårligere” for at pasienten skulle få lengre opphold i avdelingen.

Sykepleierne synliggjorde dilemma i forbindelse med kommunenes organisering av tjenestene både internt og eksternt. Organiseringens konsekvens er at korttids- og

rehabiliteringsavdelingene er preget av forskjellige og blandete pasientgrupper og mangel på spesialisering. Sykepleierne opplevde at rehabiliteringspasientene ikke fikk det de skulle ha av trening og oppfølging fordi pleierne måtte prioritere dårligere pasienter med andre behov. Sykepleierne mente at mangel på spesialisering også hadde negativ effekt på enkeltpasienters rehabiliteringsforløp.

Ord som ”*potet*” og ”*vaktmester*” ble ofte brukt når sykepleierne beskrev sine funksjoner. Det refererte til oppgaver som ingen andre lenger gjorde fordi renhold og vaktmestertjenester i følge sykepleierne er utsatt for innsparinger. Sykepleierne beskrev også mange administrative og organisatoriske oppgaver. Dilemma oppstod når slike oppgaver skulle prioriteres opp mot pleie og omsorg, behandling eller rehabiliteringssoppgaver.

## Diskusjon

Sykepleiernes tilstedeværelse på avdelingen 24 timer i døgnet gir dem mulighet til å bidra til pasientmotivasjon. De kan være tilstede for pasienten når pasienten er mottagelig for informasjon og trenger støtte (8;9). Sykepleierne anser pasientens motivasjon som vesentlig for rehabiliteringen (5;12;39). Kirkevold peker på at motivasjon har vært sett på som en kontekstuell rolle og at sykepleierne ikke har sett den direkte konsekvens for rehabiliteringen (10;39). Funn i min studie viser at sykepleierne peker på motivasjon som en vesentlig del av egen rolle, men i motsetning til tidligere studier synliggjør sykepleierne også den direkte betydningen i forhold til pasientens rehabiliteringsprosess i samsvar med Kirkevolds tolkende og trøstende funksjoner (10). Pasienter som ikke ønsker rehabilitering og derfor har andre forventninger enn det de faktisk tilbys, beskrives som utfordrende for sykepleierne. Dette er en problemstilling som også beskrives i en studie fra sykehus (40) og synliggjør behov for bedre pasientinformasjon i forkant av et rehabiliteringsopphold og at vedtakskriterier og tjenestens innhold tydeliggjøres.

Funn i tidligere studier (7;13) hvor sykepleierne definerer en vedlikeholdsrolle utenfor rehabiliteringsrollen støttes ikke entydig av funn i min studie. Funksjonen beskrives i studien med direkte konsekvenser for rehabiliteringen og er i tråd med Kirkevolds bevarende funksjon (10). Sykepleierne ser viktigheten av at grunnleggende behov ivaretas og at alle pasientens symptomer sees i sammenheng for at pasienten skal orke å trene.

Sykepleierne i studien mener at de har et større fokus på helhetlig tenkning enn andre yrkesgrupper. En tilnærming hvor det som oppleves som meningsfylt for pasienten er en nødvendig del av prosessen, forutsetter pasientens medvirkning i utarbeiding av planer og målsettinger. Hvorvidt dette gjøres var det varierende oppfatninger om. Denne tematikken er også beskrevet i tidligere studier (12;17) og kan synliggjøre behov for bevisstgjøring av sykepleiere omkring pasientmedvirkning (41). Kirkevolds modell synliggjør nødvendigheten av at pasienten ser nytte av treningen i den integrerende funksjon. Som i min studie påpekes at dette er helt nødvendig for at pasientens mål skal nås (10).

Rollen med å koordinere oppgaver i avdelingene påpekes i studien som del av en indirekte sykepleierfunksjon. Koordinering beskrives som en forutsetning for kvalitet i rehabiliteringen som gjøres av andre, på lik linje med Long (11). Koordinatorrollen beskrives også i samsvar med Kirkevolds konklusjon, som en kontekstuell rolle (7;10).

Overføring av sykepleiefaglig kompetanse ved veiledning til andre yrkesgrupper er viktig når avdelingene er bemannet med hjelpepleiere og assistenter. Sykepleierne beskriver dette som vesentlig. Noe av grunnen til at dette ikke er nevnt i Kirkevold sin studie kan være at den er gjennomført på en spesialisert rehabiliteringsavdeling hvor det er flere sykepleiere og færre hjelpepleiere og ufaglærte enn i sykehjem.

Rammevilkårene påvirker hvordan sykepleierrollen utøves i forhold til tid, om pasienten er på rett sted og hvordan sykepleierne skal bruke sin kompetanse. I tråd med andre studier setter

sykepleierne ord på dilemma de opplever som følge av at sykehjemmene preges av stadig strammere økonomi og krav om å behandle flest mulig på kortest mulig tid (21;22). Endringer i bemanning og nedskjæringer i støttefunksjoner fører til flere oppgaver som ikke er direkte sykepleierelatert (23). Opplevelsen av at vedtaksgrunnlaget baseres på økonomiske hensyn mer enn på pasientens behov er beskrevet i tidligere studier (11;40). Når sykepleierne ”gjør pasienten dårligere” for å forlenge oppholdet kan en konsekvens av det være at sykepleiernes vurderinger ikke oppleves som troverdige av forvaltningsnivået. I samsvar med tidligere forskning pekte sykepleierne på hvordan deres vurderinger ikke ble vektlagt og at de opplevde seg oversett (11;40;42). For å unngå en slik situasjon må sykepleierne dokumentere de faktiske forhold og klargjøre konsekvensene av aktuelle tiltak (22).

Oppgaveprioriteringen blir vanskelig for sykepleiere når deres rolle medfører funksjoner som kan gi rolleintern lojalitetskonflikt (22;43). Sykepleierne i studien er faglige og administrative ledere, sykepleiefaglige ansvarlige og vaktmestere. Lojaliteten til sykepleieren ligger tradisjonelt hos pasientene og dilemma dette fører til i det daglige kan oppleves utmattende. Rollekonflikten synliggjøres ved krav knyttet til et økonomisk og administrativt ansvar og et faglig ansvar som tilsier at enhver pasient skal møtes ut fra behov som identifiseres i møtet mellom sykepleiere og pasient. Studien min bekrefter sykepleiernes opplevelse av dilemma slik det beskrives i annen forskning (21;22;40;42).

Det foreligger dokumentasjon for at spesialisering av avdelinger er vesentlig for rehabilitering av eldre (2;11;17;18). Sykepleierne opplever dilemma i forhold til hvilke pasienter de skal prioritere når det er mange ulike pasientgrupper samlet på en avdeling. Tidligere studier har funn i tråd med dette (8;22;23). Sykepleierne beskriver at den direkte sykepleiefunksjonen taper terreng i forhold til andre oppgaver.

## **Studiens begrensninger**

Min studie er liten med få respondenter. Den kan allikevel gi innsikt i og være med å danne grunnlag for en forståelse av hvordan sykepleiere på korttidsavdelinger opplever sin rolle, hvilke funksjoner rollen innebærer og hvordan avdelingene faktisk benyttes.

Kirkevolds teoretiske modell for sykepleiernes terapeutiske rolle er basert på en studie som er gjennomført i forhold til eksisterende litteratur og data fra slagavdelinger i spesialisthelsetjenesten (10). Tradisjonelt sett har spesialistavdelinger en annen bemanning enn sykehjem og fokus er primært rehabilitering. Rolleforståelsen vil være klarere i slike avdelinger enn på sykehjemmenes korttids- og rehabiliteringsavdelinger (11). Den teoretiske modellen kan til tross for dette brukes som et rammeverk for å klargjøre og verbalisere sykepleierrollen i sykehjem.

Fokusgruppeintervjuene ble valgt fordi vi ønsket en fri diskusjon uten høy grad av struktur. I etterkant kan det se ut som flere utdypende spørsmål underveis ville gitt mer omfattende og presise data som kunne gitt grunnlag for en mer omfattende rollebeskrivelse. Det kan derfor stilles spørsmål om fokusgruppe var den riktige datainnsamlingsmetoden for denne studien. Valg av fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode i studien utdypes i en egen refleksjonsoppgave.

## **Konklusjon**

Sykepleierne i studien definerer flere funksjoner i sin rolle. Den delen av rollen som handler om den terapeutiske funksjon beskrives i større grad en tidligere forskning tyder på som direkte bidrag til pasientens rehabiliteringsprosess i sykehjemmene. Sykepleierne bruker imidlertid svært mye av sin tid på oppgaver som ikke har en terapeutisk hensikt og som utløser mange dilemma i hverdagen.

**Implikasjoner for praksis**

Om studiens konklusjon er riktig kan det tyde på at sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemmenes korttidsavdelinger brukes på en lite hensiktsmessig måte. Man bør se på oppgavefordelingen og hvilken kompetanse som trengs hvor. Avdelingene bør spesialiseres, motivene for tjenestevedtak bør klargjøres og inkludere pasientens mening for å sikre at pasientene får den pleie og behandling de har krav på og best nytte av.

**Implikasjoner for videre forskning**

Videre forskning på feltet bør være tverrfaglig og studier med et organisatorisk og administrativt perspektiv vil være interessante. Kvalitativ forskning som sier noe om pasientens opplevelse av rehabilitering i en slik avdeling på bakgrunn av forventninger, brukermedvirkning og brukerorientering mangler. Man kan også se for seg store RCT studier hvor effekt av en slik type rehabilitering synliggjøres og kartlegges.

## Referanse liste

- (1) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. Sist endret Lov 2009.
- (2) Valen-Senstad A, Rø OC, Laake K. Medisinsk rehabilitering i sykehjem-effekt på funksjon og forbruk av tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000.
- (3) Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Stortingsmelding 2009.
- (4) Helsedepartementet S. St meld 21 1998 - 99. Ansvar og meistring-mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk 1998.
- (5) Nygaard HA, Bondevik M. Tverrfaglig geriatri en innføring. 2. utg ed. Bergen: Fagbokforl; 2006.
- (6) Vähäkangas P, Noro A, Björkgren M. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. J Adv Nurs 2006 Jul;55(1):29-35.
- (7) Ashurst A. Rehabilitation for older people: the multidisciplinary team. Nursing & Residential Care 2006 Oct; 8(10): 456-8.
- (8) Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. Journal of Advanced Nursing 2002 Jan; 37(1): 70-8.
- (9) Routasalo P, Wagner L, Virtanen H. Registered nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004 Jun; 18(2): 220-8.
- (10) Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. Advances in Nursing Science 1997 Jun; 19(4): 55-64.
- (11) Long AF, Kneafsey R, Ryan J. Rehabilitation practice: challenges to effective team working. International Journal of Nursing Studies 2003 Aug; 40(6): 663-73 .
- (12) Routasalo P, Wagner L, Bayer N, Virtanen H. Perceptions of geriatric rehabilitation nursing in Denmark. Vård i Norden 2003;23:4-10.
- (13) Waters KR, Luker KA. Staff perspectives on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. Journal of Clinical Nursing 1996 Mar; 5(2): 105-14 1995.
- (14) Nygaard HA. Rehabilitering av eldre: har det noen hensikt? Erfaringer med rehabilitering i sykehjem. 12 ed. Bergen: Kommunalavdeling helse og sosiale tjenester; 1993.
- (15) Murray PK, Singer M, Dawson NV, Thomas CL, Cebul RD. Outcomes of rehabilitation services for nursing home residents. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2003 Aug; 84(8): 1129-36



- (16) Helbostad JL. Fysisk trening av sykehjemsbeboere - har det noen hensikt? Tidsskr Nor Laegeforen 2005;125(9):1195-7.
- (17) Pryor J. Creating a rehabilitative milieu. Rehabilitation Nursing 2000 Jul-Aug; 25(4): 141-4.
- (18) O'Connor SE. Nursing interventions in stroke rehabilitation: a study of nurses' views of their pattern of care in stroke units. Rehabilitation Nursing 2000 Nov-Dec; 25(6): 224-30, 242.
- (19) Clay M. Rehabilitation in nursing homes. Nursing Older People 2001 Jun; 13(4): 23-8 2001.
- (20) Kneafsey R, Long AF, Ryan J. An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. Health and Social Care in the Community 2003 Jul; 11(4): 321-8.
- (21) Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebo A, Grothe KH, Kirkevold M, et al. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. J Med Ethics 2008 Apr 1;34(4):230-5.
- (22) Stabell A, Nåden D. Utfordringer som pleiepersonalet møter ved en rehabiliteringsavdeling på sykehjem. 2004.
- (23) Nortvedt P, Pedersen R, Grothe KH, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebo A, et al. Clinical prioritisations of healthcare for the aged--professional roles. J Med Ethics 2008 May 1;34(5):332-5.
- (24) Helse og omsorgsdepartementet, Omsorgsplan 2015. Mestring, muligheter og mening framtidas omsorgsutfordringer. Stortingsmelding 2006.
- (25) Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. International Journal of Nursing Practice 2004 Oct; 10(5): 207-15; 2004.
- (26) Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. Cochrane Database of Systematic Reviews : Reviews 2003 Issue 2 2003.
- (27) Cote-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Practical Advice for Planning and Conducting Focus Groups. Nurs Res 1999 Sep;48(5):280-3.
- (28) Stewart DW, Rook DW, Shamdasani PN. Focus groups theory and practice. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE; 2007.
- (29) Freeman T. 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. Journal of Advanced Nursing 2006 Dec; 56(5): 491-7
- (30) Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. Sociology of health & illness 1994;16(1):103-21.

- (31) Krueger RA. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Sage Publications; 1994.
- (32) Bugge A. Produksjon av kvalitative data 1999.
- (33) Gibbs A. Focus Groups. Social Research Update 1997;19(8).
- (34) Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- (35) Kidd PS, Parshall MB. Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. Qual Health Res 2000;10(3):293.
- (36) Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002.
- (37) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004 Feb;24(2):105-12.
- (38) Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 2. utg ed. Bergen: Fagbokforl; 2003.
- (39) Resnick B, Spellbring AM. Understanding what motivates older adults to exercise. Journal of Gerontological Nursing 2000 Mar; 26(3): 2000; 34-42.
- (40) Barreca S, Wilkins S. Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. J Adv Nurs 2008 Jul;63(1):36-44.
- (41) McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. International Journal of Nursing Practice 2003 Jun; 9(3): 2003:202-9.
- (42) Karlsson I, Ekman SL, Fagerberg I. A difficult mission to work as a nurse in a residential care home-some registered nurses' experiences of their work situation. Scand J Caring Sci 2009;23(2):265-73.
- (43) Fagerberg I, Kihlgren M. Registered nurses' experiences of caring for the elderly in different health-care areas. International Journal of Nursing Practice 2001 Aug; 7(4): 229-36

# *Vård i Norden – Guidelines*

## *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*

### **Guidelines for empirical research papers**

*Vård i Norden/Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies* encourage authors to submit empirical research papers in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including abstract, tables, figures and references
- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion

The following organisation of the manuscript is required:

- Introduction that includes rational, context and relevance of researched topic
- Background that includes a substantial and critical review of relevant literature, critical view of theory, concepts or conceptual model used and a conclusion that summarises the review in order to show the status of knowledge development in the chosen field/topic
- The Study organised preferably in the following order: Aim/s, Design/methodology, Sample/participants, Data collection, Reliability and validity issues, Data analysis and Ethical considerations
- Results/Findings should include findings on all research questions/hypothesis. In qualitative studies Findings and Discussion may be integrated.
- Discussion must be related to research questions, literature and theory. It is important to draw attention to new knowledge developed through the study. Discussion should include limitations if applicable.
- Conclusions are made on the basis of findings and adequacy of theoretical framework. Recommendations for practice and/or further research should be included. The Conclusion should not be a summary

### **Guidelines for Systematic Reviews**

*Vård i Norden* encourage authors to submit systematic reviews in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including tables, figures, abstract and references.

- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion.

The following key components in the review process should be clearly stated:

- Purpose and review question
- Search strategies and criteria for inclusion
- Critically appraising of all included studies
- Methods used to combine studies
- Summary of findings

Recommendations supported by the data

### **Guidelines for short papers**

*Vård i Norden* encourage authors to submit manuscripts to be reviewed as shorter papers. These papers are characterised by:

- Article length maximum 2.500 words, including abstract, tables, figures and references (10–15)
- One or two figures and/or tables
- Abstract shorter than 200 words with a maximum of four key words

This type of manuscripts should be used for reporting for example:

- Small scale studies/pilot studies/feasibility studies
- Case studies
- Quality improvement studies
- Implementation of research in clinical practice
- Testing of an intervention
- Methodological manuscripts

The following recommendations are required for the organisation of the manuscript (when applicable):

- Introduction with a brief summary of the literature
- Aim, methods, ethical considerations
- Results/findings
- A discussion relating the results to previous research
- Conclusions
- References



# Praktisk veiledning for publisering i Vård i Norden

## Innledning

Alle har adgang til å publisere i Vård i Norden dersom manuskriptets innhold er relevant for Vård i Nordens formål som er å fremme sykepleievitenskap og omvårdnadsforskning.

Vård i Norden publiserer to typer artikler.

- Vitenskapelige artikler som referebedømmes
- Andre artikler som pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie (tidligere benevnt utviklingsartikler) som vurderes av redaktør/redaksjonskomité.

## Lengde og lay out:

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

Short papers skal ikke overskride 2.500 ord inkludert abstract, figurer, tabeller og referanser (maksimum 10–15 referanser).

For artikler som inneholder omfattende tabeller og/eller figurer kan redaksjonen fastsette lavere grenser for antall ord.

Artikler skal skrives med dobbelt linjeavstand og skal pagineres.

Alle artikler referebedømmes anonymt og skal derfor ikke inneholde informasjon som kan identifisere forfatter(ne). Slik informasjon skrives på separat ark.

Tabeller bør markeres i «roman numerals», figurer i «arabic numerals». Figurer og tabeller skal settes inn i teksten. Dersom dette ikke er mulig skal plassering i artikkelen angis.

Tvungen linjeskift skal bare brukes ved avsnitt/rubrik og mellom litteraturreferansene. Bruk ikke ordskiller for å skape avstand eller andre effekter. Ved eventuelle innrykk av avsnitt eksempelvis ved sitater skal tabulator brukes. Unngå orddeling.

**Abstract:** Engelskspråklig abstract skal foreligge. Dette skal ikke overstige ca. 200 ord. Det skal også angis 3–5 søkeord (key words).

**Overskrifter:** Artikkelenes hovedtittel bør være kort i uthevet skrift. Undertitler skal angis med mindre skrift. Dersom tittelen er på et skandinavisk språk skal engelsk tittel angis.

**Referanser:** Referanser angis etter Vancouversystemet, d.v.s. de gis fortløpende nummer i parentes og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Eksempel

I tekst:

Nilsson m.fl. (1) anså at .....

I en svensk studie ! .....

I referanselisten:

1. Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å, Björvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:798–807.

Mer informasjon om Vancouversystemet kan finnes på Internet: <http://www.icmje.org/index.html>

**Forkortelser:** Forkortelser som brukes må enten være generelt kjente i nordisk sammenheng (eks. WHO) eller angis i full tekst med forkortelse i parentes, denne kan da anvendes i resten av artikkelen (eks. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)).

## Oversending av artikler

Artikler skal sendes elektronisk via hjemmesiden [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org) eller til

[marit.helgerud@sykepleierforbundet.no](mailto:marit.helgerud@sykepleierforbundet.no)

Artikler skal sendes som ett dokument altså selve artikkelen inklusive abstract, figurer, tabeller o.a.

**Medforfatterskap:** Vård i Norden følger Vancouver-reglene som har tre hovedkrav til medforfatterskap.

Medforfattere skal ha bidratt til:

- idé og design, eller analyse og tolkning av data
- utarbeidelse av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold
- endelig godkjenning av artikkel for publisering.

**Eksklusivitet:** Manuskripter som innsendes skal ikke være publisert tidligere eller være sendt til publisering i annet tidsskrift. Oversettelse av en artikkel ansees ikke som en ny artikkel.

**Eierskap:** Dersom artikkelen er akseptert for publisering eller er publisert i Vård i Norden anses artikkelen som eiet av Vård i Norden. Senere publisering av artikkelen i annet tidsskrift må derfor godkjennes av Vård i Norden.

**Korrektur:** Artikkelen vil etter å være satt i trykkeriet bli sendt til forfatter til korrektur. Som en hovedregel vil korrekturen bli sendt via redaksjonen for gjennomgang for å sikre at de oppsatte retningslinjer overholdes, men det er forfatteren selv som er endelig ansvarlig for å kontrollere at de nødvendige rettelser er foretatt av trykkeriet.

**Kopier:** Forfatteren mottar vanligvis gratis to eksemplarer av det nummer av Vård i Norden hvor artikkelen er publisert. Medforfattere får vanligvis tilsendt 1–2 eksemplarer.

J.fr. Vård i Nordens Guidelines på hjemmesiden [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org).

# **Fokusgruppe eller individuelt intervju -**

*metoderefleksjoner omkring valg av datainnsamlingsmetode*

**Masteroppgavens del 2: Refleksjonsoppgave**



# Innhold

<b>INNHold .....</b>	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2. PRESENTASJON AV METODENE OG BAKGRUNN FOR VALG AV METODE.....</b>	<b>5</b>
2.1 INDIVIDUELT INTERVJU.....	8
2.2 FOKUSGRUPPE .....	12
<b>3. MULIGHETER OG BEGRENSNINGER.....</b>	<b>16</b>
3.1 DATAINNSAMLINGSMETODENES MULIGHET FOR RIKE DATA OG DATATROVERDIGHET .....	16
3.1.1 Utvalg.....	17
3.1.2 Fortell forskeren hva forskeren vil høre.....	18
3.1.3 Struktur.....	19
3.1.4 Gruppepress og kunnskapstest.....	21
3.1.5 Leder og medarbeidere .....	22
3.2 METODENES EGNETHET I FORHOLD TIL FORSKNINGSFELT OG FORSKER .....	23
<b>4. ETISKE REFLEKSJONER.....</b>	<b>26</b>
<b>5. REFLEKSJONER OMKRING EGEN ROLLE .....</b>	<b>28</b>
<b>6. OPPSUMMERING.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>32</b>

## 1. Innledning

I denne refleksjonsoppgaven diskuteres valg av fokusgruppeintervju kontra individuelt intervju som datainnsamlingsmetode i studien ”Rehabilitering i sykehjem – en kvalitativ studie av sykepleieres rolle og erfaringer”<sup>1</sup>. Studiens hensikt er å beskrive sykepleieres rolle og erfaringer i sykehjemmenes korttids- og rehabiliteringsavdelinger. Datainnsamlingen ble gjennomført med sykepleiere på tre forskjellige sykehjem i Oslo og Akershus. Alle sykepleierne som jobbet på korttids- og rehabiliteringsavdelingene ble invitert til å delta og det var fjorten sykepleiere som ble inkludert. Det ble opprettet en fokusgruppe på hvert sykehjem og det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med hver gruppe.

I studiens planleggingsfase skal det fattes beslutninger knyttet til det forskningsmessige håndverket og ulike metoders egnethet. Metodene skal vurderes i lys av studiens hensikt og problemstilling. I refleksjonsoppgaven synliggjøres bakgrunn for valg av metode og en kritisk refleksjon omkring valg av fokusgruppeintervju fremfor individuelt intervju. Muligheter og begrensninger ved de to metodene sett i lys av datamengde, datatroverdighet og metodenes hensiktsmessighet i forhold til forsker og forskningsfeltet diskuteres i kapittel tre. I kapittel fire diskuterer jeg det etiske aspektet ved valg av metode og i kapittel fem

---

<sup>1</sup> Gjengitt som artikkel i masteroppgavens del 1. Heretter omtalt som studien.

forskerens rolle. Alle temaene diskuteres i lys av egen studie og eksisterende litteratur på området. Refleksjonsoppgaven avsluttes med en oppsummering.



## **2. Presentasjon av metodene og bakgrunn for valg av metode**

Problemstillingen i studien var: Hvordan beskriver sykepleiere sin rolle og hvilke erfaringer har de med rehabilitering av eldre pasienter på sykehjemmenes korttids- og rehabiliteringsavdelinger? En korttidsavdeling i et sykehjem inkluderer pasienter som venter på plass i langtidsavdelinger, pasienter som skal ha pleie og omsorg i livets slutfase, pasienter som behandles videre etter sykehusopphold, pasienter med demens og pasienter som skal rehabiliteres. Det er gjennomført studier i Norge hvor fokuset er effekt av rehabilitering på øremerkede og spesialiserte plasser i sykehjem (Nygaard og Birkedal, 1992; Nygaard, 1993; Valen-Senstad, Rø og Laake, 2000) og det er norske og internasjonale studier på sykepleieres rolle i rehabilitering av eldre i spesialiserte avdelinger eller etablerte tverrfaglige team (Kirkevold, 1997; Clay, 2001; Long, Kneafsey, Ryan og Berry, 2002; Long, Kneafsey og Ryan, 2003; Kneafsey, Long og Ryan, 2003; Routasalo, Wagner og Virtanen, 2004; Vähäkangas, Noro og Björkgren, 2006; Barreca og Wilkins, 2008). Sykepleieres erfaringer med rehabilitering i korttidsavdelinger i sykehjem er i liten grad beskrevet i tidligere forskning, men vi vet at rehabilitering i henholdsvis spesialiserte avdelinger og i avdelinger hvor rehabilitering ikke er det primære fokus gir ulik uttelling og at konteksten er vesentlig for rehabiliteringen (Kirkevold, 1997; Valen-Senstad et al, 2000; Long et al, 2003). Vi vet også lite om hvilke tilnærminger sykepleiere i

sykehjem vektlegger i forhold til rehabilitering og hva de mener er deres spesifikke bidrag og rolle i rehabiliteringsprosessen.

Det foreligger lite kunnskap og kvalitativ tilnærming er derfor velegnet fordi metoden gir grunnlag for beskrivelser av fenomener vi vet lite om og hvor vi ønsker variasjon og mangfold i svarene vi får (Malterud, 2002). Det innebærer igjen at det er et krav til forskeren om at det i alle deler av prosessen må vurderes hva som er fremkommet så langt slik at det planlagte opplegget for datainnsamling eventuelt kan endres og tilpasses. Ved bruk av en kvantitativ metode hvor sammenligning av gitte størrelser er viktig kan variablene ikke endres underveis.

Kvalitativ tilnærming til studien er velegnet fordi jeg er ute etter sykepleiernes beskrivelser av egne erfaringer og beskrivelser av jobbhverdagen deres. Jeg ønsket som forsker ikke oversikt over kvantifiserbare eller sammenlignbare størrelser som for eksempel antall årsverk, avdelingsstørrelser, fordeling av personalet eller pasientrotasjon. En kvalitativ tilnærming gir meg adgang til sykepleiernes erfaringer slik de selv formidler dem. Det gir innsikt i den situasjonen som har min oppmerksomhet; rehabilitering i sykehjem.

En slik begrunnelse er i tråd med litteraturen på området (Kvale, 1997; Lorensen, 1998; Thagaard, 2003; Malterud, 2003) og det var på denne bakgrunn jeg fant at en kvalitativ tilnærming var den tilnærmingen som synes mest adekvat for å besvare problemstillingen i studien.

---

Hvilken metode innenfor et kvalitativt design som synes best egnet avhenger av hvilke spørsmål som stilles. For å beskrive erfaringer og holdninger er både fokusgruppeintervju og individuelt intervju hensiktsmessig. Ved bruk av individuelle intervju er fokus på individuelle beskrivelser av erfaringer og holdninger, mens dynamikken i fokusgruppeintervjuet kan legge grunnlag for et større mangfold i beskrivelsene og refleksjonene på grunn av gruppekonteksten (Gibbs, 1997). Det var flere aspekter i prosessen rundt valg av datainnsamlingsmetode som måtte avveies mot hverandre. Ut fra respekt for respondentene som jobber i en travel hverdag på sykehjem forsøkte jeg i tillegg til å finne frem til en kvalitativ metode som ville gi meg data som var i tråd med studiens hensikt også å finne en metode som ville belaste arbeidsstedene over en kortest mulig tidsperiode. Fokusgruppeintervju belastet avdelingene den dagen intervjuet ble gjennomført og var dermed konsentrert til et kort tidsrom (Stabell og Nåden, 2004; Liamputtong og Ezzy, 2005). Tidspunktet for gjennomføring ble bestemt av avdelingene selv og lagt til en periode på døgnet hvor det lot seg gjennomføre uten for store konsekvenser for andre. Dersom individuelle intervjuer ble valgt ville belastningen på avdelingene sannsynligvis gått over en lengre periode. Dette aspektet er ikke det viktigste, men allikevel vesentlig å ta hensyn til. I følge Kvale er dette et aspekt som det tas for lite hensyn til i planleggingen og gjennomføringen av studier (Kvale, 1997).

Som masterstudent og novise i forskningssammenheng var det i tillegg viktig for meg å finne en metode som var mulig å anvende innenfor rammen av mine kvalifikasjoner samt de ressursene i form av tid og økonomi som står til rådighet i et masterprosjekt

(Kvale, 1997; Strauss og Corbin, 1998; Kidd og Parshall, 2000; Malterud, 2002; Freeman, 2006b). I de to påfølgende underkapitler vil jeg kort presentere datainnsamlingsmetodene individuelt intervju og fokusgruppeintervju hver for seg slik de beskrives i litteraturen. Jeg legger spesielt vekt på aspekter knyttet til muligheter for rike data og datatroverdighet.

## 2.1 Individuelt intervju

I boka "Det kvalitative forskningsintervjuet" bruker Kvale gruvearbeideren og den reisende som bilder på forskerens forhold til kunnskapsdanning (Kvale, 1997). Om forskeren opplever kunnskap som noe fast og endelig hos hver og en av oss vil hun opptre som en gruvearbeider som avdekker gullkorn og sannheter som er upåvirket av spørsmålsstilling, forskerens nærvær og konteksten. Den reisende er den forskeren som erkjenner gjensidig påvirkning mellom seg selv og den som intervjues og som anerkjenner at kunnskapen dannes i interaksjonen mellom de to. Forskeren som en reisende er bevisst på at vi gjennom samtale lærer om hverandres erfaringer, følelser og håp, hva vi tenker og hvordan vi opplever verden rundt oss. I et forskningsintervju er dette satt i system og strukturert i forhold til hva forskeren ønsker å finne ut (Kvale, 1997). Hensikten med det individuelle intervju er å få innsikt i den subjektive oppfatningen den som intervjues har og som vedkommende ønsker å dele med forskeren. Det kan være pasienterfaringer, opplevelse av sykdom, erfaringer som arbeidstager eller kollega eller deltager i et program eller andre livserfaringer som er gjenstand for forskerens oppmerksomhet.

---

Strukturen på individuelle forskningsintervjuer kan variere fra helt ustrukturert hvor forskeren har et tema og stiller et åpent innledningsspørsmål og så lar det være opp til den som blir intervjuet å bestemme hva han eller hun vil fortelle, til et strukturert intervju hvor forskeren på forhånd har utarbeidet en intervjuguide med spørsmål og forslag til oppfølgingsspørsmål. I et ustrukturert intervju er det den som intervjues som setter agendaen innenfor temaet og assosierer rundt det, mens det i et strukturert eller semistrukturert intervju i større grad er sikret at forskerens forhåndsbestemte agenda faktisk belyses.

Hvor mye kunnskap som finnes om fenomenet som studeres og hvor mye kunnskap forskeren har om feltet fra før kan være et medvirkende moment ved valg av struktur. Når man vet mye om feltet har man et eksisterende begrepsapparat som kan brukes i datainnsamlingen og vil få en høyere grad av struktur. På den annen side gjør lite tidligere kunnskap at en mer åpen tilnærming kan være mer hensiktsmessig blant annet fordi forskeren ikke har det samme grunnlaget for å lage utdypende spørsmål og styre intervjuet. Med et slikt utgangspunkt blir forskerstyringen lavere i et ustrukturert intervju.

Uavhengig av hvilken struktur man som forsker velger er det nødvendig å ha et klart mål med intervjuet. Målet må dessuten formidles på en troverdig og tillitskapende måte til den som intervjues slik at vedkommende er villig til å dele sine opplevelser og erfaringer med forskeren. Intervjuformen velges ut fra hensiktsmessighet, hvilke problemstilling som ligger til grunn og hvilken type data forskeren ønsker. Skal intervjuet bekrefte eller avkrefte en allerede utarbeidet teori med eksempler fra

praksis, eller skal intervjuet legge grunnlag for nye teorier? En intervjuform er dybdeintervju, en annen intervjuform baserer seg på historiefortelling og en tredje er den intervjuformen som brukes for å belyse et eksakt problemområde (Lorensen, 1998). I et dybdeintervju har forskeren en antagelse om at den som intervjues har kunnskap om fenomenet som ikke umiddelbart avsløres. Dybdeintervjuet forutsetter at relasjonen mellom forsker og den som intervjues i stor grad er preget av trygghet og tillit og at forskeren stiller konstruktive og oppklarende oppfølgingsspørsmål. Forskerens forkunnskap og kjennskap til feltet, samt refleksjon og innsikt i forhold til eget ståsted er vesentlig for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål og ha den nødvendige åpenhet for innspill som kommer underveis.

Intervjuet kan uansett ikke sidestilles med en samtale mellom to likeverdige partnere. Forskeren er den som har kontroll over situasjonen og kan oppleves å være den som sitter på sannheten og er en autoritet. Samtidig kan det hevdes at den som intervjues har kontroll fordi vedkommende selv bestemmer hva som skal fortelles til forskeren og på hvilken måte det fortelles.

For å få med alle viktige detaljer må forskeren under hele intervjuet være observant, lyttende og konsentrert og være oppmerksom på det uventede som kan komme. I et semistrukturert intervju er det vesentlig ikke å bli så bundet av sine egne forhåndsdefinerte spørsmål at det virker hemmende på dialogen. Når den som blir intervjuet kommer med noe som forskerens aner kan være interessant eller som er uventet må forskeren være i stand til å følge opp dette utsagnet med oppfølgingsspørsmål eller ved hjelp av egen atferd og eget kroppsspråk kan bidra til

at temaet utforskes videre. Hvorvidt man som forsker velger å inkludere respondentenes kroppsspråk og ikke verbale uttrykk i datamaterialet vil være avhengig av studiens hensikt og hva slags analyse man skal gjøre.

Det å legge til rette for at den som intervjues beskriver med egne ord det fenomenet forskeren er interessert i, blir forskerens viktigste oppgave. Det oppnås ved den praktiske tilretteleggingen av intervjusituasjonen og ved bruk av egne kommunikative kunnskaper og relasjonelle ferdigheter. Valg av sted for gjennomføring av intervjuet er viktig for hvor trygg og rolig intervjusituasjonen blir. En kvalitativ tilnærming er kjennetegnet av at de beste data fås i en naturlig setting (Lorensen, 1998).

Lengden på intervjuene kan variere, men er ofte fra en halv time til halvannen til to timer. Antall intervjuer og antall respondenter er noe forskeren må avgjøre (Liamputtong et al, 2005). Dette vil i en viss grad være avhengig av tema og problemstillingen samt forskerens tilgang til feltet. Det er ikke noen fasitsvar på antall intervjuer som bør gjennomføres før man anses å ha tilstrekkelig data og setter strek. I noen metodebøker fremmes prinsippet om datasaturasjon, det vil si at man samler data til man ikke lenger får nye svar eller innfallsvinkler. Kvale hevder at det ikke er antall intervjuer som er avgjørende, men kvaliteten på data og om man har fått svar på det man spør om i studiens problemstilling og forskningsspørsmål (Kvale, 1997).

## 2.2 Fokusgruppe

Fokusgruppemetodikken innebærer å diskutere et spesifikt tema, i en gruppe, i en bestemt kontekst innenfor en fokusert tidsramme (Billson, 2000). Metodikken ble først tatt i bruk innenfor feltet markedsforskning, men har utviklet seg til en metode som brukes innen flere forskningsområder (Gibbs, 1997; Patton, 2002). I litteraturen beskrives fokusgrupper som velegnet når man ønsker å innhente informasjon om erfaringer, kunnskaper og holdninger hos en gruppe (Gibbs, 1997; Brataas, 2001; Liamputtong et al, 2005; Freeman, 2006a). Det spesielle med fokusgruppeintervju er vektlegging på interaksjon som et middel for å få rikere data. I datainnsamlingen synliggjøres dette ved at gruppemedlemmene utfordrer hverandre på synspunkter og tanker og fungerer som ”hjelpesforskere”. Gruppemedlemmene kan konfrontere hverandre hvis logikken mangler i resonnementet til enkeltpersonene, når et utsagn går på tvers av et tidligere eller det uttalte ikke stemmer med vedkommendes praksis (Bugge, 1999). Hvordan interaksjonen i fokusgruppene skal benyttes diskuteres i litteraturen. Interaksjon kan forstås som et hjelpemiddel og verktøy til hvert enkeltindivids bidrag i forhold til å produsere data eller som interessant i seg selv og derfor inkluderes i analysen som et eget felt for koding og fortolkning (Freeman, 2006c).

I litteraturen diskuteres det hvorvidt det å bruke kolleger som er etablert i allerede eksisterende grupper er hensiktsmessig for datainnsamlingen (Krueger, 1994; KITZINGER, 1994; Slaughter, Pinfold, Flintoft, Gort, Thiel, Blackstien-Hirsch, Axcell, Paterson, Cameron og Estabrooks, 1999). En av begrensningene er at formelle



---

og uformelle mønstre for kommunikasjon og samhandling allerede kan være etablert. Slike mønstre kan være vanskelige å fornye eller bryte. I tråd med en kvalitativ tradisjon hvor det er ønskelig at data innhentes i en mest mulig naturlig setting vil det å bruke etablerte grupper på den annen side gi mulighet for å komme nær den normale kulturen.

Strukturen på datainnsamlingen i fokusgrupper varierer fra høy grad av struktur til helt åpen og ustrukturert. Om studiens hensikt er å sammenligne forskjellige fokusgrupper må forskeren ha en intervjuguide og gjennomføre intervjuet med høy grad av struktur for å få et sammenligningsgrunnlag (Morrison-Beedy, Cote-Arsenault og Feinstein, 2001c). En erkjennelse av at en i fokusgrupper utvikler kunnskap i interaksjon mellom forsker og intervjuobjekter gjør det mulig å velge en struktur som tillater endringer underveis. Denne erkjennelsen er i tråd med intensjonen i kvalitativ metode som nevnt i innledningen til kapittel to. En lyttende holdning og fordeling av forskerens oppmerksomhet mellom gruppens medlemmer er vesentlig aspekter i gruppeledelsen (Gibbs, 1997). Deltagerne i fokusgrupper vil ofte være valgt ut med tanke på likhet i gruppene, et homogent utvalg i den forstand at man samler folk som deler den samme bakgrunn og erfaring (Patton, 2002). Likheten gir et utgangspunkt for diskusjonen som sikrer at deltagerne kan gi hverandre konstruktive innspill og komme med utdypende spørsmål underveis, men likheten bør ikke nødvendigvis være synonym med total enighet og ens tilnærming til tema. Likheten sikrer at språkkoder og fagsjargong er kjent og at deltagerne er del av samme kultur, samtidig som ulike oppfatninger og variasjon i tilnærming og holdning skaper gode diskusjoner og meningsutvekslinger (Krueger, 1994). Hensikten med

fokusgruppeintervju er å legge til rette for interaksjon mellom gruppens medlemmer som fremmer og stimulerer til diskusjon. Om enigheten er total vil det kunne bli kunstige og oppkonstruerte diskusjoner uten stor verdi.

I litteraturen antydes det optimale antall som alt fra fire til femten deltagere i fokusgruppene (Krueger, 1994). Gruppene må være så små at de er mulig å håndtere og at alle skal kunne få sagt noe innen et gitt tidsperspektiv. Gruppene må på den annen side være store nok til å skape diskusjon og ved det produsere data. Det må også tas hensyn til at praktiske omstendigheter som vaktbelastning, sykdom, syke barn etc. kan gjøre frafallet stort og gruppene mindre. Det vil derfor være hensiktsmessig å ha to eller tre deltagere for mye i gruppene når de planlegges, da det oftest ender med at noen ikke kommer til avtalt tid.

Hvor mange grupper man skal ha og hvor mange intervjuer som skal gjennomføres med hver enkelt fokusgruppe er det ingen entydige svar på i litteraturen. I fokusgruppe som i individuelt intervju henvises til at det er hvor rike data man har som er avgjørende for hvor lenge man må holde på, ikke mengden (Carey, 1995). Etter å ha gjennomført flere fokusgruppeintervjuer er det en fare for at forskeren utvikler en slags tretthet og en holdning som formidler ”har hørt det før” (Morgan, 1993). Dette vil påvirke respondentene negativt i forhold til produksjon av data.

For å unngå at fokusgruppeintervjuene blir uformelle prateklubber med hyggelig samvær må gruppen ha en klar og tydelig ledelse. Dette kan for eksempel gjøres ved å ha en medhjelper. I litteraturen kalles medhjelperen ofte for moderator (Krueger, 1994). Ved valg av moderator må det blant annet tas stilling til hvilke ferdigheter

vedkommende skal ha, herunder om vedkommende skal ha ferdigheter innen fagområdet eller ferdigheter innen kommunikasjon og ledelse (Morrison-Beedy, Cote-Arsenault og Feinstein, 2001e). Forskeren må foreta en vurdering av hva som er hensiktsmessig ut fra egne kvalifikasjoner, ønsket arbeidsfordeling mellom forskeren og moderatoren og kjennskap til deltagerne.

### 3. Muligheter og begrensninger

Fokusgruppeintervju og individuelt intervju er i ulik grad hensiktsmessige i forhold til datainnsamling. I dette kapitlet vil jeg diskutere muligheter og begrensninger ved de to metodene i lys av egen studie. Hva fikk jeg ved å velge fokusgruppeintervju fremfor individuelt intervju og hva gikk jeg glipp av? Diskusjonene deles opp i temaer for å synliggjøre hvordan datainnsamlingsmetodene gir muligheter for rike data og for datatroverdighet. I tillegg diskuterer jeg datainnsamlingsmetodenes hensiktsmessighet i forhold til forskerens kompetanse og forskningsfeltets interesse for å bidra i studien.

#### 3.1 Datainnsamlingsmetodenes mulighet for rike data og datatroverdighet

Med rike data menes i denne sammenheng stor datamengde og at data er preget av bredde og variasjon. Med datatroverdighet menes i denne oppgaven at datainnsamlingen er gjort på en håndverksmessig skikkelig måte som er hensiktsmessig i forhold til studiens formål og at data er gjengitt på en slik måte at de i størst mulig grad reflekterer det respondentene har formidlet. Dette er for meg i tråd med hva som beskrives som "Methodological or procedural rigour" i boken *Qualitative research Methods* (Liamputtong et al, 2005).

---

### 3.1.1 Utvalg

I studien bestod fokusgruppene av sykepleiere som jobbet på samme institusjon og ofte på samme avdeling. De var vant til å sitte sammen i møter og fora hvor de diskuterte fag og reflekterte rundt egen praksis. I et fokusgruppeintervju med kolleger kan omgivelsene oppleves som trygge og støttende slik at refleksjoner og erfaringer beskrives fra flere. Å bruke allerede etablerte grupper var et bevisst valg for å senke terskelen hos hver enkelt for å bidra med egne erfaringer og dermed øke muligheten for rike data. Det er likevel ikke selvsagt at alle medlemmer av en kollegagruppe oppfatter miljøet som trygt og støttende. Ved å velge individuelt intervju kunne disse personene ha snakket fritt, kun med forskeren som tilhører og diskusjonspartner. Metoden kunne av denne grunn gi rikere data enn fokusgruppe.

Det er mulig at likheten i utvalget gjorde interaksjonen som ligger i at gruppens medlemmer utfordrer og stiller spørsmål til hverandre, ble lav og dermed minsket muligheten for rike data. Likhet kan føre til at diskusjonen preges av allerede etablerte oppfatninger og forutsigbarhet og at diskusjonen man håper skal finne sted mellom gruppens medlemmer i stedet blir en oppramsing av meninger og holdninger som er ”opplest og vedtatt” i miljøet. Dette påpekes også i litteraturen som en av begrensningene med fokusgruppeintervju (Gibbs, 1997). Er den nødvendige variasjonen til stede i gruppen kan det skapes bedre diskusjoner og refleksjoner og gruppeinteraksjonen er det drivende elementet i diskusjonen. I et individuelt intervju ville ikke en slik diskusjon vært mulig. Selv med en lav grad av struktur vil man ikke få diskusjon i samme grad mellom forsker og intervjuobjekt som mellom

respondentene i et fokusgruppeintervju. Da ville fortellingene snarere kommet en og en, kun med interaksjon med forsker som drivende element. Det kan imidlertid hevdes at ved å velge individuelt intervju ville ikke forskeren ha vært så avhengig av dynamikk mellom gruppens medlemmer for å legge til rette for en diskusjon.

Forskeren kunne selv ha lagt til rette for at hver og en av respondentene fritt kunne dele sine erfaringer. Ved å følge opp uventede synspunkter med utdypende oppfølgingsspørsmål kunne bredden i sykepleiernes erfaringer blitt synliggjort uavhengig av likheten i utvalget. Samtidig vil forskeren kunne inkludere de respondentene som ville vært tause i en gruppe og på den måten fått mer bredde og variasjon.

### **3.1.2 Fortell forskeren hva forskeren vil høre**

Å være med i et forskningsprosjekt kan påvirke noen til å fortelle det de tror forskeren vil høre. Det kan også være at man ønsker å fremstille seg selv eller avdelingen i et best mulig lys og fortelle hvordan det burde være, mer enn hvordan det faktisk er.

Dette er en faktor man som forsker må ta høyde for både ved fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Fokusgruppeformen gir imidlertid mulighet for at respondentene irettesetter og konfronterer hverandre. Uttalte erfaringer kan bli mer troverdige fordi enkeltindividet i gruppen vet at resten av gruppen kan følge opp det vedkommende sier på en måte som kan avsløre sprik mellom det uttalte og det faktiske. Man kan for eksempel bli avslørt om man forsøker å gi inntrykk av å inneha et høyere faglig nivå enn det man faktisk har. Om en forsker i et individuelt intervju hadde utfordret respondenten i samme grad som medrespondenter kan i et fokusgruppeintervju, kunne

stemningen i intervjuet fort blitt opplevd av respondenten som ubehagelig, påtrengende og truende (Kidd et al, 2000; Patton, 2002). Datatroverdigheten øker gjennom den sosiale kontrollen som kan opptre i gruppene. Denne sosiale kontrollen finnes ikke i individuelle intervju.

### **3.1.3 Struktur**

Strukturen i et intervju, enten det er individuelt eller i fokusgrupper, er viktig for hvilke data forskeren får tilgang til og må ha sammenheng med og vurderes i forhold til studiens hensikt. Det var i min studie hensiktsmessig med en lav grad av struktur i forbindelse med datainnsamlingen. Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer i en spesifikk kontekst. Semistrukturerte intervju gir mulighet for en ledigere form og rom for innspill fra respondentene på hva de faktisk opplever som viktig innen tema samtidig som man sikrer at gitte tema blir inkludert i diskusjonen i løpet av gruppens avsatte tid. Når det er en lav grad av struktur er det rom for innfallsvinkler forskeren ikke har forutsett og tema og perspektiv som kommer spontant. Det var lite tidligere forskning som la føringer for datainnsamlingen i studien. Et spørsmål som setter i gang diskusjonen kan være nok om det er slik at det finnes lite kunnskap om feltet (Morrison-Beedy, Cote-Arsenault og Feinstein, 2001b). Jeg ønsket at sykepleierne skulle fortelle om hverdagen og dele de erfaringene de har med rehabilitering i sykehjem. En umiddelbar, ikke forskerstyrt diskusjon øker sannsynligheten for at temaene som kommer opp er de som defineres som vesentlige i den virkeligheten man ønsker beskrevet av de som jobber i den (Bugge, 1999). I studien min ble det utarbeidet en temaguide for datainnsamlingen i

fokusgruppene. Denne fungerte som en sjekkliste i gruppene hvor diskusjonene gikk av seg selv. Etter presentasjonsrunden i gruppa stilte medhjelperen et åpent spørsmål og overlot ordet og diskusjon til gruppa. Vi hadde forberedt oss på at om samtalen i gruppene gikk tregt skulle temaguiden fungere som en intervjuguide med forslag til utdypende spørsmål. Det er sannsynlig at gruppen satt agenda utfra en vektlegging av hva de selv mente var viktig og som opptok dem innenfor de rammene vi skisserte ut fra studiens hensikt og problemstilling. Forskerens kunnskap om emnet og forskerens eller medhjelperens ferdigheter som intervjuer vil ha større påvirkning i samhandling og diskusjon med en enkelt person i individuelt intervju enn i en gruppe hvor det er gruppens medlemmer som diskuterer fritt. På denne bakgrunn kan man si at i et individuelt intervju er muligheten større for at det er forskerens definisjon av virkeligheten som diskuteres isteden for respondentenes. Forskerens styring og påvirkning av tema ville blitt større fordi det er forskerens oppfatning og vektlegging som avgjør hvilke oppfølgingsspørsmål som ville blitt stilt og hvilke tema som ville blitt utdypet. Individuelt intervju ville imidlertid gitt den enkelte deltager mulighet til på egen hånd å definere hva som er vesentlig uavhengig av de andre deltagerne. I en fokusgruppe kan det være slik at det er de verbalt sterke som definerer virkeligheten og setter agenda, og at det dermed er deres virkelighetsbeskrivelse forskeren får ta del i, ikke nødvendigvis den virkeligheten som andre eller de fleste på avdelingene erfarer. Individuelt intervju ville gitt mulighet for større dybde i refleksjonene både som følge av tidsrammen og gruppestrukturen og forskeren ville ha hatt mulighet til å forfølge resonnement på et mer detaljert nivå og dermed fått data som reflekterte flere respondenters erfaringer og ved det økt troverdigheten.



---

### 3.1.4 Gruppepress og kunnskapstest

De etablerte fellesskapene som fokusgruppene i studien utgjorde skal fortsette etter at forskningsprosjektet er over og samarbeidet sykepleierne imellom skal videreføres for å løse daglige oppgaver på avdelingene. På denne bakgrunn kan man tenke seg en risiko for at avvikende personlige meninger, holdninger og erfaringer ikke kom frem i fokusgruppeintervjuene. Kontrollen i en gruppe er sterk og de fleste ønsker å være del av et gruppefellesskap. Særlig gjelder dette ved allerede etablerte gruppefellesskap som skal bestå i ettertid, som i studien. Dette synliggjør et argument mot bruk av fokusgruppeintervjuer både med hensyn til mulighet for rike data og for datatroverdighet. Samtidig kan det hevdes at det i et individuelt intervju ikke er noen garanti for at avvikende meninger, holdninger og erfaringer kommer frem. Det er nødvendigvis ikke slik at enhver som blir intervjuet individuelt vil kunne frigjøre seg fra sin gruppes normer og forventninger, da gruppens normer og verdier preger oss også i settinger hvor gruppen ikke fysisk er tilstede.

En annen ulempe ved individuelt intervju er at respondentene kan tenkes ikke å ville innrømme overfor forskeren at de gjør ting som ikke er korrekte eller allment aksepterte. Dette gjør seg særlig gjeldende dersom forskeren oppleves som en autoritet på fagfeltet. Det kan også i forbindelse med at forsker oppleves som en autoritet, være slik at den som intervjues i en viss grad kan sitte med følelsen av å bli kontrollert på egen kunnskap og faglighet. Dette kan virke hemmende på hva respondenten uttrykker og kan påvirke både databredde, variasjon og troverdighet. Ved å velge fokusgruppe kan denne følelsen av å bli kontrollert av forskeren oppleves

som mindre, men den samme opplevelsen kan ikke utelukkes i forhold til kolleger i en gruppe.

### **3.1.5 Leder og medarbeidere**

På det ene sykehjemmet i studien var en avdelingssykepleier med i gruppen. De andre sykepleierne i den aktuelle fokusgruppen ble bedt om å dele sine tanker med meg omkring avdelingssykepleierens deltagelse når de ble orientert om studien og før de ga samtykke til å være med. Da var ikke lederen til stede. Alle var entydige på at det ikke ville legge noen begrensninger på deres egen deltagelse. I litteraturen finnes ingen entydige svar. Krueger anbefaler bruk av grupper med kolleger på samme nivå og ikke leder og medarbeidere. Kitzinger går ikke like langt i å avise det, men påpeker nødvendigheten av å ha oppmerksomhet på gruppens hierarki dersom det er både ledere og medarbeidere i samme gruppe (KITZINGER, 1995). Avdelingssykepleieren ytret selv et ønske om å være med da hun syntes tema og prosjektet var interessant. Begrunnelsen for å inkludere henne var at det var viktig å få med flest mulig deltagere. Usikkerheten i forbindelse med inklusjon handlet om at medarbeiderne kunne velge bort spesielle tema fordi de ikke vil avsløre avdelingens kultur for lederen eller de er redd for å avsløre egen eller avdelingens manglende kompetanse. Dette ville selvsagt påvirket både datavariasjon og datatroverdighet. I etterkant av fokusgruppeintervjuet ble både hun og hennes kolleger bedt om å si noe om eventuell påvirkning av gruppen. Det kom ingen refleksjoner som tydet på at de andre opplevde hennes nærvær som hemmende eller negativt på noen måte. Det ble heller pekt på som positivt for deres opplevelse av nytteverdi for avdelingen at alle sykepleierne

fikk delta sammen. Når de tre fokusgruppene vurderes i etterkant kan det heller ikke fra meg pekes på noen effekt som skulle ha sammenheng med denne fokusgruppens sammensetning. En alternativ løsning ved gjennomføring av fokusgruppeintervju hadde vært å etablere en egen gruppe med avdelingssykepleiere. Da ville deres erfaringer blitt en del av datagrunnlaget samtidig som fokusgruppens sammensetning ville vært i tråd med gjeldende litteratur i forhold til homogent utvalg. Det er umulig å si om og i så fall hvordan dette har påvirket muligheten for å få rike data eller for datatroverdighet, men det er grunn til å tro at andre erfaringer og refleksjoner kunne kommet frem om ikke leder og medarbeidere var i samme gruppe. Ved bruk av individuelt intervju kunne denne usikkerheten i forbindelse med å blande leder og medarbeidere vært fjernet. Hver og en kunne delt sine erfaringer med meg som forsker uten å tenke at lederen hørte på. Det samme gjelder bekymringen for at andre medarbeidere hørte på. Datatroverdigheten kunne blitt større og datavariasjon ville sannsynligvis også økt.

### 3.2 Metodenes egnethet i forhold til forskningsfelt og forsker

At praksisnær forskning oppleves som positivt og konstruktivt for respondentene er etter mitt syn en god bieffekt og dette synet finnes det støtte for i litteraturen (Brataas, 2001; Malterud, 2002; Liamputtong et al, 2005). For sykepleierne i korttidsavdelingene på sykehjem oppleves det å sitte i en fokusert gruppe og diskutere

tema som berører hverdagen som luksus. I følge tilbakemeldinger opplevdes det meningsfullt og nyttig for dem å bidra i studien. Ledelsen ved arbeidstedene var også positive til at sykepleierne kunne sitte samlet og drøfte en av sykehjemmets prioriterte oppgaver. Ved at deltagelse i forskningsprosjekter oppleves positivt både for hver enkelt, for ledelsen og for miljøet på arbeidsplassen senkes kanskje terskelen på dette arbeidstedet for å etterspørre og ta i bruk forskningsresultater og oppdatert kunnskap. Fokusgruppeintervju skal ikke være det samme som eller erstatte fagutviklings- eller veiledningsgrupper, men gruppene kan allikevel oppleves som mer konstruktive og interessante for deltagerne enn andre metoder. Dette er et synspunkt man finner støtte for i litteraturen (Gibbs, 1997; Kidd et al, 2000; Brataas, 2001; Patton, 2002).

Et fokusgruppeintervju varer ofte 60-90 minutter og det sier seg selv at den tid hver enkelt får til disposisjon ikke kan sammenlignes med den tid hver enkelt respondent får i et individuelt intervju. Hver enkelt deltager får mindre tid til å fortelle om sine personlige erfaringer og forskeren kan ikke oppnå den samme interaksjonen og relasjonene med hver enkelt som man vil kunne i et individuelt intervju. Hvor mye tid hver enkelt disponerer kan avspeile seg i variasjonen i data og det er vanskelig å forutsi hvilke data som ville kommet istedenfor eller i tillegg til data fremkommet i fokusgruppene, i et individuelt intervju.

For sykepleiere som respondenter vil fokusgruppe være hensiktsmessig og gjenkjennelig for deltagerne (Morrison-Beedy, Cote-Arsenault og Feinstein, 2001a). Sykepleiere på sykehjemmene er vant til å jobbe i grupper og samhandle med andre. Problemløsning opp mot pasientene skjer gjerne i diskusjoner med kolleger, pasienten

og pårørende. De fleste sykepleiere har grunnleggende ferdigheter innen ledelse gjennom sin hverdagsledelse av andre faggrupper. I tillegg har de ferdigheter knyttet til kommunikasjon både med pasienter og kolleger (Morrison-Beedy, Cote-Arsenault og Feinstein, 2001d). Dette er ferdigheter som også jeg nyttiggjorde meg ved å velge fokusgruppeintervju.

Individuelt intervju ville imidlertid gitt hver enkelt respondent en mulighet til å sitte i ro og fred, uten avbrudd og kun med forsker som refleksjonspartner og tenke igjennom egne erfaringer og den hverdagen hun opplever. Refleksjon over praksis er en fagutviklingsmetode sykepleierne bruker i den grad det er praktisk mulig, og som de har erfaring med fra utdanning. Begge datainnsamlingsmetodene er gjenkjennbare for sykepleierne og kan redusere avstand til forskeren. Fokusgruppeintervjuene ga store mengder data, men data knyttet til hver enkelts erfaringer ville muligens blitt dypere og mer personlig ved individuelle intervjuer.

Som avdelingssykepleier har jeg jobbet mye med grupper, med ledelse og kommunikasjon. Ved individuelt intervju ville mine kommunikative ferdigheter hjulpet meg med å etablere en god relasjon med respondentene og legge til rette for et godt intervju, men jeg hadde ingen erfaring eller ferdighet i forhold til det å være intervjuer. Ved å velge fokusgruppeintervju som metode kunne jeg bruke ferdigheter knyttet til kommunikasjon samtidig som jeg også fikk brukt ferdigheter knyttet til personalledelse og kunnskaper om gruppeprosesser.

## 4. Etiske refleksjoner

Det er et felles lovverk og retningslinjer som gjelder for å sikre deltageres rett til konfidensialitet i all forskning uavhengig av metode. De etiske utfordringene som er spesielle for fokusgruppeintervju handler om konfidensialitet mellom gruppens medlemmer. I et individuelt intervju eller i andre metoder hvor det er forskeren som innhenter data uten at data bringes frem til andre før de er bearbeidet, er det å sikre konfidensialitet og taushetsplikt svært tydelig presentert. Det er også sikret i det etiske regelverket forskeren er underlagt. I fokusgruppeintervju har forsker og medhjelper taushetsplikt på lik linje med forsker i individuelt intervju og er omfattet av det samme lovverket og de samme retningslinjene, men forskeren kan bare oppfordre deltagerne til å ivareta taushetsplikt i forhold til hverandre (Gibbs, 1997; Slaughter et al, 1999). I studien ble dette ivaretatt gjennom den muntlige informasjon som ble gitt før studien startet og i den muntlige informasjon som ble gitt ved oppstart av hvert intervju. I etterkant kan det erkjennes at denne informasjonen også burde vært inkludert i den skriftlige informasjon som ble delt ut og også vært presisert i det skriftlige samtykke hver deltager underskrev i studiens planleggingsfase. Det kan tenkes at usikkerhet rundt taushetsplikten kan ha medført at deltagerne silte ut erfaringer de ikke ville risikere at kolleger fortalte om til andre eller til ledelsen i etterkant av fokusgruppeintervjuet og at erfaringer som kunne vært vesentlige og interessante for studien derfor ble holdt tilbake. Det forutsettes imidlertid at den taushetsplikt hver enkelt ansatt har i sitt arbeidsforhold inneholder taushetsplikt i

forhold til kollegiale forhold. Det at deltagerne deltar i et forskningsprosjekt fritar dem ikke for denne taushetsplikten.

Ved å velge individuelt intervju som datainnsamlingsmetode ville denne problematikken vært unngått.

## 5. Refleksjoner omkring egen rolle

Uavhengig av design og metodevalg i en studie er det viktig for forskeren å erkjenne at man har en aktiv rolle og forforståelse som i ulik grad vil påvirke utfallet av studien man ønsker å gjennomføre. Kvaes metaforer omkring gruvearbeideren og den reisende er nyttige rammer for meg i min refleksjon over egen rolle i studien (Kvale, 1997). Det å reflektere over egen rolle var viktig gjennom hele forskningsprosjektet. Gjennom vurderinger av spørsmålene man stiller og ikke stiller, hvilke tema man ønsker utdypet og hvilke man ikke forsøker å få utdypet, hva man vektlegger i analysen og hva man velger bort, viser man sin forforståelse. Forforståelse inkluderer egne erfaringer, hypoteser man har med, faglig perspektiv og en eventuell teoretisk referanseramme i prosjektet (Malterud, 2002).

Som avdelingssykepleier på en korttids- og rehabiliteringsavdeling hadde jeg stort engasjement i og kunnskap om feltet jeg skulle forske på. Dette var en del av min forforståelse som igjen la grunnlaget for min rolle og hvordan jeg ble oppfattet av respondentene og hvordan jeg oppfattet dem. Jeg ønsket at de som jobbet i dette feltet skulle få vise hva de holdt på med og jeg mente også at de hadde stor kompetanse på feltet og at de "fortjente" å bli sett og hørt. Min rolle som innehaver av en lederstilling på feltet og ønske om at respondentene fikk noe ut av opplegget kan ha overskygget behovet for rike og troverdige data. Fokusgruppemetoden er velegnet innen aksjonsforskningsfeltet og metoden er velegnet til å gi en stemme til de som ikke blir hørt eller for å endre tilnærming hos deltagerne (KITZINGER, 1995; Lerdal og



---

Karlsson, 2008). Dette argumentet tiltalte meg som forsker selv om hensikten i min studie ikke var å endre praksis, men å beskrive sykepleieres erfaringer. I hvilken grad mine underliggende ønsker for praksis påvirket valg og utførelse av datainnsamling er ikke mulig for meg å vurdere objektivt. Jeg ser imidlertid at valget av datainnsamlingsmetode ble gjort veldig tidlig i prosessen i forhold til vurdering av utvalg og tilgjengelighet og at valget av metode kunne vært bedre forankret om det hadde kommet noe senere i prosessen.

Om eget engasjement kan bli for stort og dermed en ulempe og om inngående kjennskap til eget forskningsfelt er en fordel eller ulempe er diskutert i litteraturen. Om engasjementet og nærheten til feltet er for tett kan det være vanskelig å se hvor og hvordan man har påvirket i prosessen, samtidig som man lettere forstår respondentenes situasjon og kan gjenkjenne erfaringene. En kvalitativ tilnærming fordrer kjennskap til feltet for å kunne legge grunnlag for gode relasjoner og interaksjon mellom meg som forsker og respondentene, i dette tilfellet sykepleierne (Thagaard, 2003). Likevel var det viktig for meg å ha nødvendig avstand slik at forskningsfeltet kunne vurderes med åpenhet og nysgjerrighet slik det er beskrevet i teorien (Hilden og Middelthon, 2002; Thagaard, 2003). Sett i lys av Kvaales metaforer kunne det for meg være slik at jeg hadde en ubevisst formening om sannheten innen forskningsfeltet og var ute etter å finne gullklumper som kunne underbygge og bevise egen opplevelse (Kvale, 1997). Jeg ønsket imidlertid å være den reisende som var ute etter sammen med deltagerne i studien, å oppdage og synliggjøre kunnskap på et felt jeg fant spennende.

Det å bruke en medhjelper eller moderator til å styre diskusjonene i gruppene var et bevisst valg med formål å redusere egen påvirkning på selve datainnsamlingen og ha nødvendig avstand. Jeg som forsker skulle være den som observerte, mens det var moderatoren som var den aktive, som stilte spørsmål og tok tak i diskusjonen om denne stoppet opp. Om jeg skulle styrt diskusjonene selv kunne det blitt mine oppfatninger om hva som var viktig som avgjorde hva som ble diskutert.

Forskerstyringen kunne blitt så sterk at det kunne ha hemmet datainnsamlingen ved at gruppens medlemmer ikke selv satte agendaen og prioriterte viktigheten av tema, men måtte forholde seg til en agenda som allerede er satt av meg som forsker. Min nærhet til feltet kunne også medført at jeg hadde oversett erfaringer som gikk på tvers av mine egne og bare hadde tatt med erfaringer som bekreftet min egen oppfatning. For å unngå dette hadde vi også en felles gjennomgang av data umiddelbart etter diskusjonen i hver gruppe for å sikre en felles oppfatning av data.

For deltagerne i studien opplevdes min kunnskap om feltet som en fordel og de hadde tiltro til at dette var et prosjekt det kunne komme noe ut av. De visste også at jeg fremdeles jobbet i sektoren og det økte deres forventning om at funnene i studien ville komme dem til gode på en eller annen måte i etterkant. Opplevelsen av nytte ble bekreftet i tilbakemeldingene og deltagerne hadde brukt sin kjennskap til forskeren som en motivasjonsfaktor for seg selv til å sette av tid til å delta i studien. I dette ligger det også en etisk fordring i forhold til å behandle data med respekt og gjennomføre prosjektet på en best mulig måte innen rammen av egne kvalifikasjoner.

## 6. Oppsummering

Fokusgruppeintervju ble valgt som datainnsamlingsmetoden i studien “Rehabilitering i sykehjem – en kvalitativ studie av sykepleieres rolle og erfaringer”. Metoden ble valgt ut fra en forventning om at den ville gi det datagrunnlaget som best kunne svare på problemstillingen og som dessuten ville være mulig for meg å gjennomføre innenfor de rammer som er til stede i et masterprosjekt. Fokusgruppeintervju er en pragmatisk tilnærming og en overkommelig metode for nybegynnere uten at det dermed er noen lettvinnet løsning (Malterud, 2002). I etterkant av datainnsamlingen er grunnlaget for å vurdere metoden endret i forhold til i studiens planleggingsfase på bakgrunn av de erfaringer som er gjort underveis og den kompetansen jeg som forsker har tilegnet meg. I denne oppgaven er det reflektert rundt datainnsamlingsmetodens mulighet for rike data, datatroverdighet, hensiktsmessighet i forhold til forskningsfelt og forsker og forskerens forforståelse og rolle. I oppgaven har jeg fremført argumenter som støtter valget av fokusgruppe som datainnsamlingsmetode, men også synliggjort begrensninger. Jeg har også pekt på muligheter jeg mener jeg kunne fått dersom jeg hadde valgt å bruke individuelt intervju.

I forhold til mulighet for rike data og datatroverdighet mener jeg valget av fokusgruppe som metode var hensiktsmessig uten at det betyr at valg av individuelt intervju ville vært feil. Interaksjonen i gruppene bidro til bredde og variasjon i refleksjonene til sykepleierne, men individuelt intervju kunne gitt andre data fordi premissene er annerledes.

Dataenes troverdighet ble sikret ved at gruppene bestod av kolleger som kjente hverandre og som argumenterte og diskuterte i lys av felles praksis og erfaringer. Sykepleiernes arbeidsmetoder i praksis hvor det å diskutere i grupper og fatte beslutninger om behandling og pleie i tverrfaglige grupper mener jeg var et viktig grunnlag for deres engasjement i fokusgruppene. I et individuelt intervju ville ikke interaksjon mellom dem vært med å heve engasjementet og det kunne påvirket data og hvilke erfaringer de ville ha delt med meg som forsker. Mine kvalifikasjoner og kjennskap til feltet ble brukt i forberedelsene til gruppeintervjuene, men preget ikke selve intervjuet på grunn av organiseringen av datainnsamlingen ved hjelp av en moderator.

Jeg mener å ha vist at begge datainnsamlingsmetodene, individuelt intervju og fokusgruppeintervju, kunne vært brukt i denne studien, men at de ville gitt ulike muligheter og hatt ulike begrensninger.

#### ReferanselisteReferanseliste

- Barreca, S. og Wilkins, S. (2008). Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 36-44.
- Billson, J. M. (2000). *The Power of Focus Groups: A Training Manual for Social and Policy Research*. Skywood Press.  
Ref Type: Generic
- Brataas, H. V. (2001). Fokusgrupper-en kvalitativ forskningsmetode. *Sykepleien*, 89, 54-56.
- Bugge, A. (1999). *Produksjon av kvalitative data*.
- Carey, M. A. (1995). Comment: concerns in the analysis of focus group data. *Qualitative Health Research* 1995 Nov; 5(4): 487-95 (17 ref), 487-495.

- 
- Clay, M. (2001). Rehabilitation in nursing homes. *Nursing Older People* 2001 Jun; 13(4): 23-8 (45 ref), 13, 23-28.
- Freeman, T. (2006a). 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 2006 Dec; 56(5): 491-7 (24 ref), 491-497.
- Freeman, T. (2006c). 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 2006 Dec; 56(5): 491-7 (24 ref), 491-497.
- Freeman, T. (2006b). 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 2006 Dec; 56(5): 491-7 (24 ref), 491-497.
- Gibbs, A. (1997). Focus Groups. *Social Research Update*, 19.
- Hilden, P. K. og Middelthon, A. L. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - et etnografisk perspektiv. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122, 2473.
- Kidd, P. S. og Parshall, M. B. (2000). Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 10, 293.
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science* 1997 Jun; 19(4): 55-64 (40 ref), 55-64.
- KITZINGER, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness(Print)*, 16, 103-121.
- KITZINGER, J. (1995). Introducing focus groups. (Guidelines to setting up and running such groups). *British Medical Journal*, 29.
- Kneafsey, R., Long, A. F. og Ryan, J. (2003). An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. *Health and Social Care in the Community* 2003 Jul; 11(4): 321-8 (29 ref), 321-328.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publications.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*.
- Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3, 172.

- 
- Liamputtong, P. og Ezzy, D. (2005). *Qualitative research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Long, A. F., Kneafsey, R. og Ryan, J. (2003). Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies* 2003 Aug; 40(6): 663-73 (36 ref), 663-673.
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J. og Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* 2002 Jan; 37(1): 70-8 (24 ref), 70-78.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 25, 2468-2472.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan, D. L. (1993). *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Sage Publications Inc.
- Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D. og Feinstein, N. F. (2001e). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research* 2001 Feb; 14(1): 48-53 (8 ref), 48-53.
- Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D. og Feinstein, N. F. (2001c). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research* 2001 Feb; 14(1): 48-53 (8 ref), 48-53.
- Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D. og Feinstein, N. F. (2001a). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research* 2001 Feb; 14(1): 48-53 (8 ref), 48-53.
- Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D. og Feinstein, N. F. (2001d). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research* 2001 Feb; 14(1): 48-53 (8 ref), 48-53.
- Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D. og Feinstein, N. F. (2001b). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research* 2001 Feb; 14(1): 48-53 (8 ref), 48-53.
- Nygaard, Harald A. og Birkedal, L (1992). Rehabilitering i sykehjem Erfaringer fra en tre års periode. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 112, 34-37.

- 
- Nygaard, H. A. (1993). *Rehabilitering av eldre: har det noen hensikt? : erfaringer med rehabilitering i sykehjem*. Bergen: Kommunalavdeling helse og sosiale tjenester.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Routasalo, P., Wagner, L. og Virtanen, H. (2004). Registered nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004 Jun; 18(2): 220-8 (27 ref), 220-228.
- Slaughter, P., Pinfold, P., Flintoft, V., Gort, E., Thiel, E., Blackstien-Hirsch, P., Axcell, T., Paterson, M., Cameron, C. og Estabrooks, C. (1999). Focus Groups in Health Services Research at the Institute for Clinical Evaluative Sciences. *Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto*.
- Stabell, A. og Nåden, D. (2004). *Utfordringer som pleiepersonalet møter ved en rehabiliteringsavdeling på sykehjem*.
- Strauss, A. L. og Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Vähäkangas, P., Noro, A. og Björkgren, M. (2006). Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 29-35.
- Valen-Senstad, A., Rø, O. C. og Laake, K. (2000). Medisinsk rehabilitering i sykehjem-effekt på funksjon og forbruk av tjenester. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Ådel Bergland  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 12.10.2007

Vår ref:17538 / 2 / SF

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.10.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17538	<i>Rehabilitering i sykehjem? En kvalitativ studie av sykepleiernes erfaringer omkring sykepleierrollen i det tverrfaglige arbeidet på sykehjemmet</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ådel Bergland
Student	Turid Mood

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo\\_endringsskjema.cfm](http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Solve Fauskevåg

Kontaktperson: Solve Fauskevåg tlf: 55 58 25 83  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Turid Mood, Bjerkeveien 1, 1415 OPPEGÅRD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no





Til: Navn på inst sjefen  
Navn og adresse til institusjon

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
*Seksjon for sykepleievitenskap*  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

Dato: 08102007  
Deres ref.: Turid Mood

**Forespørsel om gjennomføring av en studie om rehabilitering i sykehjem ved deres institusjon.**

Viser til hyggelig telefonsamtale og sender herved nødvendig informasjon.

Jeg er mastergradstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.. Temaet for oppgaven er rehabilitering i sykehjem. Oppgaven beregnes ferdig innen 010608.

Målet med studien er å beskrive sykepleiernes erfaringer med rehabilitering på kortids- og rehabiliteringsavdelinger i sykehjem og å beskrive sykepleiernes rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsarbeidet i sykehjem.

Min problemstilling er:

Hvordan erfarer sykepleiere rehabiliteringen av eldre pasienter på sykehjem og hvordan erfarer de sin rolle og funksjon i det tverrfaglige samarbeidet?

Jeg ber med dette om tillatelse til å utføre en del av studien ved deres institusjon. Jeg ønsker å forespørre sykepleiere som jobber med korttid og rehabilitering inkludert aften og nattsykepleiere hos dere.

Deltagelsen fra sykepleierne vil være frivillig og de gjøres oppmerksomme på dette og muligheten til å kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser, i et informasjonsskriv fra meg. Vedlegg nr 1.

Jeg kan komme og informere sykepleierne om studiet i forkant om det er ønskelig.

Intervjuet med sykepleieren vil foregå i en fokusgruppe med fra 5-10 personer og jeg vil bruke en medhjelper. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og anonymisert ved transkripsjon. Selve intervjuet vil ta omtrent 1,5 time. I tillegg kommer tid i forlengelsen av intervjuet til utdypende og oppklarende spørsmål, totalt ca 2 timer. Jeg har planlagt 1 fokusgruppe ved din institusjon. Hvor intervjuet skal gjennomføres avtales senere.

Om det dukker opp nye spørsmål eller problemstillinger ber jeg om tillatelse til å kontakte sykepleierne på nytt.

Intervjuet vil foregå i løpet av oktober/november.



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg nr 3

Side 2 av 2

Jeg ber om å få navnet på en kontaktperson som jeg kan kontakte for å avtale den praktiske gjennomføringen både rundt informasjon og selve intervjuene.

Om det er noe du lurer på er jeg å treffe ved Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo og rehabiliteringssenter, telefon 23438300 eller på mobil 41692033. Min e-post adresse er:

[turid.mood@studmed.uio.no](mailto:turid.mood@studmed.uio.no) eller [turid.mood@syke.oslo.kommune.no](mailto:turid.mood@syke.oslo.kommune.no)

Min veileder i prosjektet er førsteamanuensis Ådel Bergland ved Institutt ved sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap. Hun treffes på telefon 22 85 05 75 / 60 eller på e-post:

[adel.bergland@medisin.uio.no](mailto:adel.bergland@medisin.uio.no) om du har noen spørsmål til henne.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste.

Jeg stiller meg til rådighet for å komme og presentere funn i studien etter den er godkjent om det er av interesse.

Med vennlig hilsen

-----

Turid Mood

Bjerkeveien 1

1415 Oppegård

### VEDLEGG:

1. Informasjonsskriv til sykepleierne med samtykke erklæring
2. Godkjent prosjektskisse



Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
*Seksjon for sykepleievitenskap*  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

Dato: 29102007  
Deres ref.: Turid Mood

## **Forespørsel om deltagelse i studien; Rehabilitering i sykehjem.**

Jeg er mastergradstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er rehabilitering i sykehjem.

Målet med studien er å beskrive sykepleiernes erfaringer med rehabilitering på kortids- og rehabiliteringsavdelinger i sykehjem og å beskrive sykepleiernes rolle i det tverrfaglige rehabiliteringsarbeidet i sykehjem.

Min problemstilling er:

Hvordan erfarer sykepleiere rehabiliteringen av eldre pasienter på sykehjem og hvordan erfarer de sin rolle og funksjon i det tverrfaglige samarbeidet?

Jeg ønsker å inkludere sykepleiere som jobber ved korttids og rehabiliteringsavdelinger på sykehjem i Oslo og Akershus.

I denne forbindelse har jeg bedt institusjonssjefen ved din institusjon om lov til å gjennomføre studien hos dere.

Metoden som velges for å belyse tema er fokusgruppeintervju.

Fokusgruppen vil bestå av sykepleiekolleger ved din institusjon, ca 5 - 10 stykker, meg som observatør og en medhjelper.

Denne metoden brukes for å få frem erfaringer gjennom diskusjon og samtale i gruppen. Medhjelperen vil ut fra en temaguide styre samtalen og hjelpe til om samtalen går i stå.

I utgangspunktet planlegger jeg 1 intervju i hver gruppe, men ber om mulighet til eventuelt å kontakte dere på nytt om det skulle bli nødvendig eller om nye spørsmål skulle dukke opp.

Gruppeintervjuet vil bli tatt opp på bånd og vi vil sette av 1,5 time til fokusgruppeintervjuet og 30 minutter etter intervjuet for at jeg kan stille utdypende eller oppklarende spørsmål og for at dere skal kunne komme med tilbakemeldinger på gjennomføringen.

Data vil bli behandlet konfidensielt og lydbånd slettes ved prosjektets slutt senest 31122008. Data vil ikke kunne spores tilbake til deg eller din institusjon.



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg nr 4

Side 2 av 3

Jeg skal ha fokusgruppeintervju ved 2 andre institusjoner og det er den totale datamengden fra disse 3 intervjuene som er grunnlaget for min studie.

Som forskere har både jeg og min medhjelper taushetsplikt.

Din deltagelse er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi grunn.

Intervjuet gjennomføres i løpet av november/desember. Stedet for intervjuet kan vi avtale senere.

Om det er noe du lurer på er jeg å treffe ved Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo og rehabiliteringssenter, telefon 23 43 83 00 eller på mobil 41 69 20 33. Min e-post adresse er:

[turid.mood@studmed.uio.no](mailto:turid.mood@studmed.uio.no) eller [turid.mood@syke.oslo.kommune.no](mailto:turid.mood@syke.oslo.kommune.no)

Min veileder i prosjektet er førsteamanuensis Ådel Bergland ved Institutt ved sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap. Hun treffes på telefon 22 85 05 75 / 60 eller på e-post:

[adel.bergland@medisin.uio.no](mailto:adel.bergland@medisin.uio.no) om du har noen spørsmål til henne.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste.

Dersom du kunne tenke deg å delta på fokusgruppeintervjuet ber jeg deg skrive under på vedlagte samtykke erklæring og returnere den til meg i vedlagte frankerte konvolutt eller putte den i merket kasse i resepsjonen på arbeidsstedet ditt.

Med vennlig hilsen

-----

Turid Mood

Bjerkeveien 1

1415 Oppegård



### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien rehabilitering i sykehjem og ønsker å være med på fokusgruppeintervju.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studien uten å oppgi grunn.

Jeg er informert om at intervjuene blir tatt opp på lydbånd og at det vil være en medhjelper tilstede. Medhjelperen har taushetsplikt på lik linje med forskeren.

Jeg gir tillatelse til at anonymiserte skriftlige data kan oppbevares av forskeren og event brukes i en annen studie ved en senere anledning.

Dato:

-----

Signatur:

-----

Telefonnummer:

-----



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 1

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

Dato: 12112007  
Deres ref.: Turid Mood

## Avtale om taushetsplikt for medhjelper i fokusgruppeintervju Pia Cecilie Bing-Jonsson

Jeg er kjent med at jeg som medhjelper i denne studien har full taushetsplikt om opplysninger jeg får kjennskap til, på lik linje med forskeren.

Jeg skal ikke ha tilgang til data etter at intervjuene er gjennomført og heller ikke oppbevare notater fra intervjuene.

Intervjuene blir tatt opp på bånd.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste.

Dato:

12/11-07

Signatur:

Pia C Bing-Jonsson

Pia Cecilie Bing-Jonsson

## **Problemstilling:**

Hvordan beskriver sykepleierne sin rolle og hvilke erfaringer har de med rehabilitering av eldre pasienter på sykehjemmenes korttids og rehabiliteringsavdelinger?

## **Temaguide**

- Sykepleiernes erfaringer rundt egen rolle og funksjon i det tverrfaglige arbeidet, hva er deres særegne bidrag
- Sykepleiernes tanker om hvem som inkluderes i det tverrfaglige arbeidet og hvem gjør hva
- Hva særpreger et tverrfaglig arbeid
- Sykepleiernes tanker om rehabilitering av eldre og deres utfordringer
- Sykepleiernes erfaringer i forhold til rehabilitering i en korttidsavdeling i sykehjem

1

Hva tenker dere **om rehabilitering i sykehjem** og deres egen rolle i det?

Hva er det som karakteriserer deres rolle og funksjon og deres bidrag?

Har dere noen erfaringer rundt bemanning og planlegging av postene i forbindelse med rehabilitering?

Har dere noen egne opplevelser rundt dette?

Stikkord: ufaglærte, lav bemanning aften, natt, helg, legedekning

Hva tenker dere og hvilke erfaringer har dere i forbindelse med tradisjonell sykepleierrolle på sykehjem og rollen som sykepleier i rehabiliteringsarbeidet?

Stikkord: fra omsorg som fokus til å lære pasienten selv å kompensere sin tapte funksjon, dilemma mellom rollene

*Hvorfor kan dette være et dilemma?*

*Hvorfor er dette ikke et dilemma?*

2

Hva tenker dere om **tverrfaglig arbeid** og deres egen rolle i det?

Hva er det som karakteriserer sykepleiernes rolle og funksjon og deres bidrag?

Hva tenker dere om hvem som skal inkluderes i et tverrfaglig team på sykehjemmet og hvordan rollefordelingen skal være?

Kan dere beskrive situasjoner hvor dere erfarte at det tverrfaglige rehabiliteringsarbeidet fungerte godt?

Hva gjorde denne situasjonen spesiell i forhold til deres egen rolle og funksjon?

Har dere tenkt noe rundt disse rollene?